Nr. 4. 25. stycznia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prym. Doc. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

O badaniu drożności jajowodów.

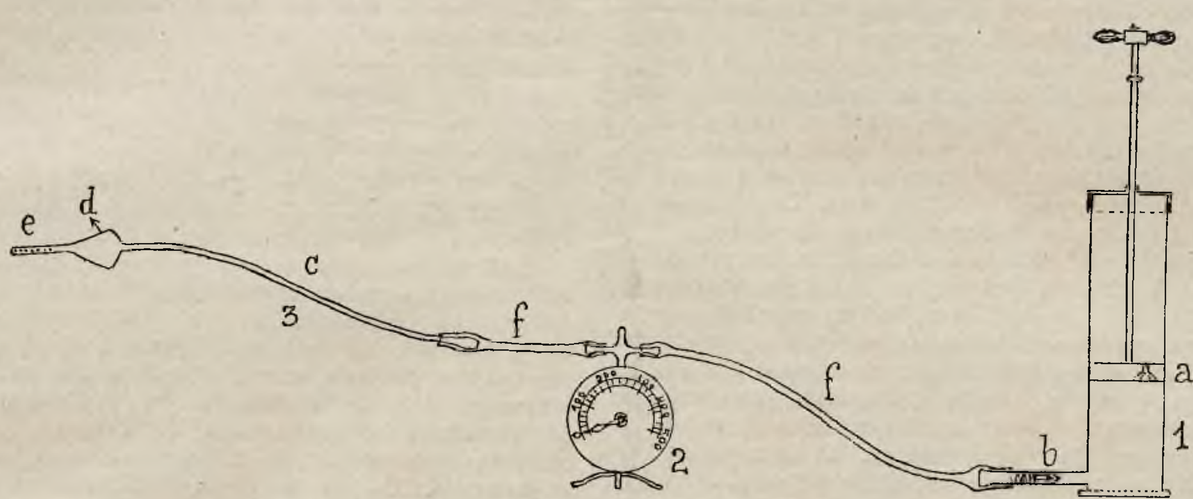
Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpit. św. Łazarza w Krakowie.

Podany przez Rubina sposób badania drożności jajowodów, przyjęty z początku z wielkiem niedowierzaniem w Europie, zaczyna obecnie zyskiwać coraz więcej zwolenników. Dowody na to znajdujemy w piśmiennictwie. Wymienię chociażby prace Sellheima, v. Graffa, Nowaka, Ottowa, Mandelsstamma i Engelmanna.

W czasopismach polskich nie znalazłem dotychczas żadnej większej wzmianki o tej sprawie i dlatego uważam, że podanie wyników doświadczeń, przeprowadzonych w tym kierunku na moim oddziale, nie jest nieuzasadnione i zajmie może ogół czytelników.

Zasadą sposobu, podanego przez Rubina, jest spostrzeżenie, że gaz wprowadzony pod pewnem ciśnieniem, od strony pochwy do macicy przedostaje się w razie drożności jajowodów do jamy otrzewnej. To zjawisko możemy stwierdzić przy pomocy kilku objawów, o których poniżej. Rubin w swoich badaniach posługiwał się stosunkowo dosyć zawiłem urządzeniem, używając jako gazu, bezwodnika kwasu węglowego. Okazało się jednak z biegiem czasu, że do stwierdzenia drożności jajowodów nie jest konieczny ani bezwodnik kwasu węglowego, ani też skomplikowane, pierwotnie podane przez Rubina przyrządy. Wystarcza do tego celu, z jednej strony atmosferyczne powietrze, z drugiej strony bardzo proste urządzenie (Sellheim, Engelmann, Mandelsstamm), co rzecz jasna przyczynić się musiało do rozpowszechnienia samej metody.

I u mnie na oddziale zbudowaliśmy przyrząd, zupełnie niezależnie od podanych przez innych badaczy, bardzo prosty, który w użyciu okazał się praktyczny i wygodny. Opis jego i rysunek z tych właśnie względów poniżej przytaczam.



Przyrząd składa się, jak z rysunku widać, z trzech głównych części. Pierwsza część, to zwykła pompa zgęszczająca powietrze (1) zaopatrzona w wentyl wpustowy (a) i wypustowy (b). Pompa ta umożliwia wprowadzenie pewnej ilości powietrza pod określonem ciśnieniem do jamy macicy. Druga część, to manometr sprężynowy z podziałką znaczoną według słupa rtęci od 0 do 500 mm (2). Trzecia wreszcie, to uszczelniająca kanał szyjki nasadka, którą wprowadzamy do szyjki macicy, a przez którą równocześnie wtłaczamy powietrze do światła trzonu i do jajowodów (3). Nasadka zrobiona z metalu, składa się z trzech części: z rączki do trzymania (c) cokolwiek wygiętej o średnicy około 5 mm, długości 150 mm, zakończonej oliwkowatem zgrubieniem dla pewniejszego i łatwiejszego umocowania gumowego węża, ze stożkowatego zgrubienia służącego do uszczelnienia szyjki macicy (d) i tępego zakończenia zaopatrzonego w drobne otwory (e). Zakończenie to ma długości około 10—15 mm, a średnicy około 4 mm. Wszystkie te części połączone są szczelnemi gumowemi wężami (f). Pierwotnie pomiędzy manometr a nasadkę włączaliśmy flaszkę, wypełnioną roztworem sublimatu i przezeń przepuszczaliśmy powietrze celem odkażenia go. Dzisiaj zamiast flaszki używamy zwitka wyjałowionej waty, który za każdym razem wsuwamy do węża gumowego tuż przed nasadką i to zupełnie (jak to nasze badania bakterjologiczne dowiodły) wystarcza do wyjałowienia powietrza, wprowadzonego do macicy.

Zanim przejdę do podania wyników, jakie uzyskaliśmy, używając opisanego przyrządu do badania drożności jajowodów, określę naprzód u jakich wogóle chorych badamy drożność jajowodów oraz przedstawię, w jaki sposób sam zabieg wykonujemy.

Wychodząc z założenia, że rzeczą niezmiernie ważną jest dobór odpowiednich przypadków, poddajemy każdą chorą nadzwyczaj dokładnemu badaniu. Oprócz wywiadów i oburęcznego badania ginekologicznego, oglądamy zawsze części rodne we wzierniku i u każdej chorej badamy wydzielinę ze szyjki pod drobnowidem, a nawet w podejrzanych razach robimy wysiew na pożywkach. Nie poddajemy próbie przypadków, w których stwierdziliśmy zapalne guzy przydatków, zapalenie szyjki lub trzonu macicy, ostre albo przewlekłe; w szczególności zaś zwracamy uwagę na obecność dwoinek tryprowych.

Stwierdzenie obecności tych dwoinek w wydzielinie jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do wykonania badania drożności jajowodów. Sądzimy bowiem, że w tych razach raczej chorej zaszkodzić można, niż pomóc, wywołując jużto zaostrzenie się sprawy wskutek zabiegu w zapalnie zmienionych narządach rodnych, już też zawleczenie zarazków z dolnych schorzałych części narządów rodnych do części górnych, sprawą chorobową jeszcze nie zajętych. Nie wykonujemy również badania drożności jajowodów u kobiet, u których stwierdziliśmy chociażby prawdopodobieństwo ciąży, a to z obawy wywołania poronienia, jak również u kobiet krwawiących podczas miesiączki i w najbliższych dniach przed i po miesiączce z obawy ewentualnego wystąpienia niepotrzebnych powikłań mogących powstać wskutek przedostania się krwi pod wpływem ciśnienia do jajowodów lub nawet jamy otrzewnej.

Jak więc z powyższego widać, zwracamy szczególniejszą uwagę na niezmiernie dokładne i szczegółowe zbadanie chorej przed przystąpieniem do zabiegu, a to z tego względu, aby z jednej strony uniknąć jakiegoś nieszczęścia, a z drugiej strony, aby przez nieumiejętny lub nieostrożny dobór przypadku nie zdyskredytować samej metody. Z tych to też względów radzę i innym kolegom przestrzegać powyższych wskazówek.

Do badania drożności jajowodów przystępujemy tak, jak do każdego zabiegu chirurgicznego. W pewnym więc względzie dbamy o należyte przestrzeganie zasad aseptyki. Chorą, narzędzia i siebie skrupulatnie odkażamy. Potem zakładamy do pochwy wzierniki łyżkowe (można użyć także i wziernika rurkowego), ustalamy część pochwową kleszczykami i wprowadzamy do szyjki macicy, opisaną nasadkę, połączoną już poprzednio zapomocą węża gumowego z manometrem. Pociągając jedną ręką za kleszczyki, a drugą wpychając uważnie lecz z użyciem pewnej siły nasadkę do szyjki, uszczelniamy szyjkę i uniemożliwiamy przez to wydostawanie się powietrza z macicy do pochwy pomiędzy ścianą wewnętrzną szyjki macicy a ścianą zewnętrzną nasadki. Dla kontroli, nalewamy do pochwy wyjałowionej wody lub fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Aby zaś wlany płyn w pochwie mógł się utrzymać i nie wypłynął na zewnątrz, układamy chorą pochyło, głową ku dołowi a miednicą ku górze. W razie nieszczelnego zamknięcia światła szyjki pojawią się przy wdmuchiwaniu powietrza bańki w płynie. W takim razie należy silniej przycisnąć nasadkę i przez to uszczelnić kanał szyjki. Po dokonaniu tych przygotowawczych czynności przystępujemy do właściwej próby. Jeden z lekarzy trzyma nasadkę i kleszczyki założone na część pochwową, drugi odsłania wziernikami pochwę, trzeci zaś pompą powoli wtłacza powietrze do macicy. Dzięki wentylom umożliwione jest dostawanie się powietrza do macicy, a uniemożliwione jego z niej cofanie się. Skutkiem tego ciśnienie w jamie macicy stale się podnosi, co widać na manometrze, którego wskazówka ciągle i równomiernie w miarę pompowania posuwa się coraz wyżej. O ile jajowody są drożne, to w pewnej chwili wskazówka zaczyna opadać i nawet już przy dalszem pompowaniu nie podnosi się, na dowód, że ciśnienie we wnętrzu macicy opadło wskutek przedostania się części powietrza do jamy otrzewnej. O ile zaś jajowody są, skutkiem spraw chorobowych, jakie się w nich toczyły, zamknięte, to ciśnienie stale i zawsze w miarę wpompowywania powietrza do macicy zwiększa się. Nigdy jednak ciśnienia 250 mm rtęci nie powinniśmy przekroczyć, a to dlatego, że gdybyśmy tę granicę przestąpili, to w pewnych razach, a mianowicie przy otwartem macicznem ujściu jajowodu a zamkniętem brzusznem, mogłaby ściana jajowodu pęknąć.

A teraz kilka słów o objawach, na podstawie których możemy rozpoznać, czy jajowody są drożne, czy też nie. Mamy tych objawów kilka, lecz nie wszystkie są równoznaczne, pod względem wartości rozpoznawczej, i nie wszystkie stale i w każdym przypadku spotykamy. Nie ulega żadnej wątpliwości, że najważniejszym z nich jest już poprzednio wspomniane opadanie ciśnienia, w chwili przedostawania się powietrza przez jajowód. To z łatwością odczytać możemy na manometrze. Jestto objaw zupełnie pewny, o ile stwierdzimy bezwzględną szczelność samego urządzenia.

Drugim z koleji jest objaw osłuchowy, który pojawia się przy przedostawaniu się powietrza przez jajowód. Słyszy się go już nieraz w pewnej odległości od chorej, lub wyraźniej przy przyłożeniu słuchawki do brzucha, po prawej lub lewej stronie macicy. Jestto odgłos albo świszczący, albo drobno bulgoczący. Objaw ten, bardzo charakterystyczny, niestety w pewnym odsetku przypadków nie występuje. Mechanizmu jego powstawania do dziś dnia nie zdołaliśmy na pewno stwierdzić, pomimo że robiono w tym kierunku doświadczenia (Sellheim). Najprawdopodobniej, co zresztą zgadza się z zasadami fizyki, powietrze przechodzące pod ciśnieniem przez jajowód wprawia jego ujście brzuszne w szybsze, lub mniej szybsze drgania. Naturalnem następstwem zaś tego jest wspomniane zjawisko słuchowe (Henderson, Amos) Chcąc udoskonalić metodę rozpoznawczo-wysłuchową, podał Ottow osobną słuchawkę do wysłuchiwania przez odbytnicę odgłosu, powstającego wśród wspomnianych warunków. O ile mi wiadomo, słuchawka ta szerszego zastosowania nie znalazła.

Jako trzeci objaw, powstający przy przedostawaniu się powietrza przez jajowody, wymienić należy lekkie drganie tylnej ściany macicy, dające się stwierdzić palcem wprowadzonym do odbytnicy (Sellheim). Objaw to mojem zdaniem najmniej pewny, i najmniej ze wszystkich wyraźny.

Czwarty wreszcie i ostatni dowód drożności jajowodów to zniknięcie stłumienia wątroby, podczas wykonywania próby. Objaw zupełnie pewny, lecz wymagający wprowadzenia dużej ilości powietrza do jamy otrzewnej i z tego powodu mało polecenia godny.

Na naszym oddziale posługiwaliśmy się tylko dwoma pierwszemi objawami do stwierdzenia drożności jajowodów. Przytem nadmieniam, że zachowanie się ciśnienia nawet przy braku objawu osłuchowego było już wystarczające do rozpoznania. Naogół stosowaliśmy wyżej wymieniowy sposób badania ginekologicznego w trzydziestu pięciu przypadkach. Na tę liczbę stwierdzono w dwudziestu sześciu drożność, a w dziewięciu niedrożność jajowodów.

Na dwadzieścia sześć pierwszych nie stwierdzono objawu osłuchowego u pięciu.

Wysokość ciśnienia zaś w tej grupie przypadków zachowywała się bardzo rozmaicie. Najlepiej widać to na poniższem zestawieniu.

Z drożnych było przy ciśnieniu:

od	50—100	mm rtęci	4 przypadki
„	100—150	„ „	11 przypadków
„	150—200	„ „	9 „
„	200—250	„ „	2 przypadki
		Razem	26 przypadków.

W sprawie zachowania się ciśnienia, nie mogę pominąć milczeniem spostrzeżenia, na które już zresztą i inni badacze zwrócili uwagę (Sellheim), spostrzeżenia o tyle ciekawego, że stwierdza ono, iż do przepchania powietrza przez jajowody w pierwszej chwili, potrzebne jest ciśnienie wyższe, niż w następnych. Wygląda to tak, jakgdyby początkowe fale powietrza, w porównaniu do dalszych, natrafiały na znacznie większy opór, do którego pokonania, potrzebna jest większa siła. Nie jest to zresztą zjawisko stale się powtarzające, lecz tylko sporadycznie tu i ówdzie zauważyć je można. Na pytanie, która część narządów rodnych wewnętrznych stawia największy opór powietrzu, mogę dać zupełnie pewną i wyczerpującą odpowiedź. Sprawę tę bowiem zbadałem u chorych, u których wykonywaliśmy próbę drożności jajowodów, przy otwartej jamie brzusznej. Porównując równocześnie w tych przypadkach stan manometru oraz powolne wypełnianie się jajowodu powietrzem, doszedłem do wniosku, że największy opór powietrzu stawia maciczne ujście jajowodu, o wiele mniejszy węzina, a bardzo mały reszta jajowodu, przez którą powietrze prawie bez trudu i niezmiernie szybko się przedostaje.

Z koleji zastanowię się teraz pokrótce nad spostrzeżeniami, jakie poczyniliśmy co do występowania objawu osłuchowego. Jak już powyżej wspomniałem nie występuje on zawsze i cechuje się on tem, że w chwili przechodzenia powietrza przez jajowód, powstaje odgłos świszczący, lub bulgoczący. Zawsze jeden i ten sam w danym przypadku, to znaczy, że nigdy charakter jego się nie zmienia, przynajmniej my nie zauważyliśmy tego ani razu. Odgłos ten pojawia się zazwyczaj równocześnie po prawym i po lewym boku macicy. Nie jest to jednak reguła, bo niejednokrotnie stwierdziliśmy nierównoczesne występowanie zjawiska po obu stronach, przyczem pojawia się ono po jednej przy niższem, a po drugiej przy wyższem ciśnieniu. Wreszcie u trzech chorych zauważono brak odgłosu po jednej, a pojawianie się po drugiej stronie. W dwóch z tych przypadków wykonano otwarcie jamy brzusznej z powodu tyłozgięcia macicy i znaleziono niedrożność jajowodu po tej stronie, gdzie odgłosu brakowało. Rozpoznania zaś dokonano, wykonując po raz drugi próbę podczas zabiegu i kolejno zaciskając naprzemian

raz jeden, raz drugi jajowód. Na tych więc spostrzeżeniach opierając się, twierdzę: po pierwsze, że niezawsze oba jajowody są jednakowo łatwo drożne, po drugie, że w wielu razach przy braku odgłosu z jednej strony, można przypuszczać z wielkiem prawdopodobieństwem niedrożność jajowodu po tej stronie.

Pozatem nadmienić jeszcze muszę, że w dwóch przypadkach niedrożności jajowodów, wykonano otwarcie jamy brzusznej. Wskazaniem była niepłodność. W obu podczas zabiegu, po raz drugi powtórzono badanie jajowodów. W jednym stwierdzono po obu stronach niedrożność macicznego ujścia jajowodu i z tem jamę brzuszną zaszyto. W drugim okazało się, na podstawie zmiany konsystencji ściany jajowodów przy wdmuchiwaniu powietrza, że niedrożne są ujścia brzuszne. U tej chorej wycięto okienko w ścianie, mniej więcej prawidłowej grubości jajowodów i stworzono w ten sposób połączenie pomiędzy jamą macicy, a jamą otrzewną. Połączenie to utrzymywało się jeszcze w dwa tygodnie po zabiegu, co stwierdzono badając u tej chorej w tym czasie drożność jajowodów.

U żadnej bezwzględnie z trzydziestu pięciu chorych, u których przeprowadzaliśmy badanie drożności jajowodów w wyżej opisany sposób, nie zauważyliśmy żadnych niepokojących objawów, lub pogorszenia sprawy. Chore znosiły zabieg bardzo dobrze, nie żaląc się nigdy na żadne bóle, ani dolegliwości. Wobec tego uważam ten sposób badania ginekologicznego za zupełnie bezpieczny i nieszkodliwy, o ile zwrócimy szczególniejszą uwagę, na dobór odpowiednich przypadków. Zapatrywanie to zresztą podzielają wszyscy badacze, którzy się tą sprawą zajmowali, a jednak w dostępnem mi piśmiennictwie, znalazłem prace (Engelmann, Sellheim), w których podane jest, że podczas wykonywania próby u chorej powstał zapad wywołany, zdaniem autorów, zatorem powietrznym. Sądzę, że powikłania tego można uniknąć, operując ostrożnie i starając się o nieskaleczenie części pochwowej a głównie śluzówki trzonu i szyjki.

Niewątpliwie jedną z najważniejszych rzeczy jest określenie, kiedy i wśród jakich warunków należy się posługiwać tym nowym sposobem badania ginekologicznego. Mojem zdaniem powinniśmy badać drożność jajowodów w pierwszym rzędzie we wszystkich tych przypadkach niepłodności, gdzie przyczyny jej szukać musimy w zaburzeniu prawidłowej wędrówki plemnika i jajka przez narządy rodne kobiety, a gdzie równocześnie niema przeciwwskazania do wykonywania samego zabiegu. Za takie zaś przeciwwskazania uważam:

1. stwierdzenie wyraźnych zmian zapalnych w jajowodach lub jajnikach,
2. znalezienie zmian zapalnych, toczących się na otrzewnej miednicy małej, lub w tkance łącznej, otaczającej narządy rodne,
3. zapalenie ostre lub przewlekłe trzonu lub szyjki macicy,
4. obecność dwoinek tryprowych w wydzielinie z narządów rodnych,
5. podejrzenie, że istnieje ciąża,
6. miesiączkę,
7. inne krwawienia z macicy,
8. nowotwory w szczególności złośliwe macicy, pochwy i sromu.

Badanie zaś drożności jajowodów uważam dlatego w tych przypadkach niepłodności za wskazane, że w bardzo wielu z nich, zaznaczam jednak, że nie we wszystkich, dopiero przy pomocy tego sposobu badania ginekologicznego, będziemy mogli rozstrzygnąć, gdzie leży przyczyna utrudnienia lub uniemożliwienia wędrówki jaja lub plemnika. Mam tu przedewszystkiem na myśli zamknięcia ujść jajowodów, z czem, jako ze skutkiem przebycia spraw zapalnych w jajowodach, spotykamy się o wiele częściej, aniżeliby to na pozór wydawać się mogło. Są to sprawy, których dotychczasowemi sposobami badania ginekologicznego stwierdzić nie było można. I dlatego niejednokrotnie, nie stwierdziwszy ich, odnosiliśmy przyczynę niepłodności, do utrudnienia wędrówki plemnika przez szyjkę macicy, co pociągało za sobą prowadzenie leczenia w tym kierunku, narażając chorą na niepotrzebne, a nawet wielokrotnie szkodliwe dla niej zabiegi. Nie są to wyłącznie tylko teoretyczne wywody, boć przecież wydarza się nierzadko, na co nawet najwprawniejszy w badaniu lekarz chorób kobiecych zgodzić się musi, iż bardzo nieznaczne zmiany zapalne w przydatkach mogą ujść i uchodzą uwagi badającego. U tych to chorych, dokonywane zabiegi takie, jak tępe lub ostre rozszerzanie szyjki macicy nietylko ich nie wyleczą lecz doprowadzają ponadto nierzadko do pogorszenia sprawy chorobowej i do przeniesienia się jej na otoczenie. O tem poucza doświadczenie kliniczne.

Na zarzut zaś, że badanie drożności jajowodów może doprowadzić również do zaostrzenia się sprawy zapalnej w jajowodach, odpowiem, że jako zabieg bez porównania łagodniejszy, nie jest tak w tych razach niebezpiecznym, jak wspomniane zabiegi, wykonywane na szyjce macicy.

Pozatem niezmiernie ważne jest mojem zdaniem, badanie drożności jajowodów w czasie zabiegów, mających na celu stworzenie połączenia pomiędzy światłem macicy a jamą otrzewną, przez wycięcie okna w ścianie zamkniętego jajowodu. Sądzę, że wykonywanie tego zabiegu, bez równoczesnego stwierdzenia drożności jajowodów podczas niego, dowodzi conajmniej nieznajomości tego faktu, że ujście maciczne jajowodu, jeśli nie częściej, to w każdym razie w takiej samej odsetce przypadków, ulega zamknięciu i zabliźnieniu, co ujście brzuszne A robienie otworu w ścianie jajowodu w tych razach jest zupełnie bezcelowe i, co więcej nawet, w razie obecności zarazków w jajowodzie, szkodliwe. Stwierdzenie więc drożności ujścia macicznego jajowodu powinno być mojem zdaniem warunkiem, bez którego do wycinania okna w ścianie jajowodu bezwarunkowo przystąpić nie można.

Polecają także niektórzy przedmuchiwanie jajowodów po stworzeniu połączenia między jamą brzuszną a światłem zewnętrznem często, co krótki przeciąg czasu, celem przeszkodzenia zarośnięciu i zaklejeniu się okna w ścianie jajowodu. Na swoim oddziale tego nie stosowałem, więc i w tym kierunku żadnego niemam doświadczenia. Z tego też względu tej sprawy zupełnie nie omawiam.

Tyle co do wskazań, jakie uzasadniają badanie drożności jajowodów. Czy z biegiem czasu nie wyłoni się ich więcej, narazie trudno rozstrzygnąć. Badania w tym kierunku są na moim oddziale dalej prowadzone, a sądzę, że nawet uwzględniając tylko sprawy, omawiane w niniejszej pracy, dojść musimy do wniosku, iż w sposobie badania jajowodów, podanym przez Rubina, zyskaliśmy środek, pozwalający niejednokrotnie w pewnych przypadkach na należyte rozpoznanie. To zaś z kolei rzeczy umożliwi w tych razach zastosowanie należytego i odpowiedniego sposobu leczenia, oszczędzając przez to samo chorej niepotrzebnych, a jednocześnie czasami i szkodliwych dla niej zabiegów.

Jednakże, jak z powyższego widać, dobór przypadków nie jest łatwy i wymaga posługiwania się sposobami badania pomocniczemi, któremi lekarz praktyczny niezawsze rozporządza. Sądzę przeto, że ten nowy sposób badania ginekologicznego, może znaleźć zastosowanie, ale tylko w rękach tak wyrobionego lekarza chorób kobiecych, który może w każdym poszczególnym przypadku, oceniwszy krytycznie warunki, i dane, uzyskane przy pomocy badania klinicznego, zawyrokować o wskazaniu do zastosowania zabiegu Rubina.

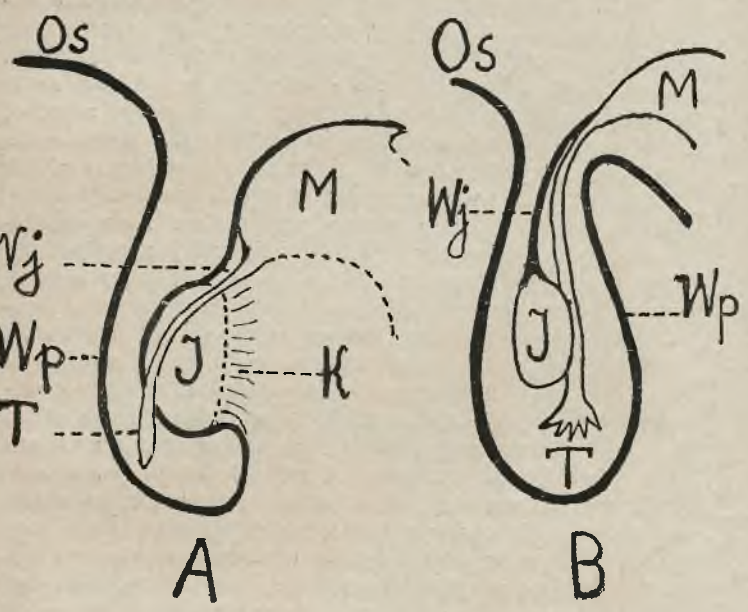
Dr. Henryk HILAROWICZ, asystent kliniki. Lwów.

W sprawie pochodzenia przepuklin jajnikowych.

Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
(Dyrektor: prof. dr. Hilary Schramm).

Poglądy na przyczyny i mechanizm powstawania t. zw. wrodzonych przepuklin narządów rozrodczych kobiecych, a w szczególności jajników nie są zgodne. Podczas gdy jedni z autorów jak Matthey[1]), Makkas[2]), Puech, Schönmeier[3]) uważają przepukliny tego rodzaju w całości za wady rozwojowe, anomalje, to inni jak Damianos[4]), Fischer[5]), a zwłaszcza Heegard[6]) co najwyżej samą tylko obecność worka przepuklinowego tłumaczą nieprawi-

dłowością rozwojową, wypadnięcie zaś doń narządów rozrodczych odnoszą do czynników mechanicznych, podobnych do tych, które odgrywają rolę przy przepuklinach nabytych u dorosłych. Co do przyczyn tych ostatnich zapatrywania są zgodne. Zależnie od różnic poglądów spotykamy też u różnych autorów mniej lub więcej ściśle przeprowadzony podział omawianych przepuklin na wrodzone i nabyte.



Dwa przypadki przepuklin jajnikowych, leczone na klinice lwowskiej mogą się przyczynić do wyświetlenia kwestji.

Przyp. 1. M. W. l. 15, w dzieciństwie operowana na przepuklinę pachwinową prawostronną, bliższe daty co do tej operacji nieznane; nie miesiączkuje jeszcze. Przed rokiem operowana z powodu okresowych bólów w okolicy kiszki ślepej (wycięcie wyrostka robaczkowego — zmian w wyrostku nie stwierdzono), które jednak po operacji nie ustąpiły, przyczem chora zauważyła w okolicy pachwiny prawej wypuklenie zwiększające się przy kaszlu, bóle wzmagają się co kilka tygodni. Badaniem stwierdza się u chorej, dość wątłej, w pachwinie prawej niewielką i niewyraźną bliznę, którą przy kaszlu wypukla guz wielkości orzecha włoskiego, płaski, tkliwy, cofający się napowrót do jamy brzusznej w kanale, przepuszczającym palec skośnie ku górze i na zewnątrz. Badaniem ginekologicznem stwierdza się części płciowe zewnętrzne i pochwę prawidłowo wykształcone, macicę niewielką przechyloną silnie na prawo i utwierdzoną w pobliżu wyczuwalnego od zewnątrz guza z którym pozostaje w ścisłym związku.

Rozpoznanie: Przepuklina jajnikowa pachwinowa prawostronna. Przy operacji stwierdza się po odpreparowaniu dawnej blizny, lejkowaty worek przepuklinowy, komunikujący szeroko z jamą otrzewnową, a kończący się w bliźnie powięzi — w worku tym tkwi twór białawo-niebieskawy, wyglądem i wielkością odpowiadający jajnikowi, umocowany na tylno-wewnętrznej ścianie worka na krótkiem zdwojeniu tejże, a połączony ściśle swym biegunem górnym zapomocą krótkiego pasma z podłużgowatem obłem ciałem pokrytem otrzewną, przechodzącą bezpośrednio w ścianę worka; ciałem tem jest przechylona silnie na prawo i przyciągnięta swym rogiem ku kanałowi pachwinowemu macica. Od rogu tegoż biegnie w kanale przepuklinowym krótkie pasmo poza ścianą worka, gubiąc się w dawnej bliźnie, ponadto leżący w worku nazewnątrz od jajnika i przed nim, obły, robakowaty, 5 cm długi twór odpowiadający trąbce. Przydatki lewe wyczuwalne.

Wobec tak ścisłego związku jajnika i macicy z workiem przepuklinowym, wycięto dla należytego zaopatrzenia tegoż, część jego ściany wraz z jajnikiem, trąbką i rogiem macicy, który zamknięto i pokryto otrzewną, zapuszczając macicę na swoje miejsce; otwór pozostały w otrzewnej ściennej zaszyto szwem ciągłym, wrota zamknięto szwami Bassiniego. Na wyciętym preparacie zwraca uwagę nadzwyczajna krótkość więzadła jajnikowego (*lig. ovarii proprium*), która powoduje, że jajnik styka się prawie swym biegunem górno-wewnętrznym z rogiem macicy; więzadło to, mierzące prawidłowo około 4 cm w tym przypadku ma zaledwie ½ cm długości. Drobnowidowo okazuje wśród tkanki łącznej, podobnie jak i drugie, wspomniane wyżej, a zaotrzewnowo od rogu macicy ciągnące się pasmo (więzadło obłe), włókna mięśni gładkich. To ostatnie jest również znacznie krótsze, niż w stanie prawidłowym. Trąbka okazuje w środku ubytek, tak, że składa się z dwóch oddzielnych części, połączonych ze sobą pasmem łączno-tkanowem nie zawierającem światła; część dośrodkowa komunikuje z światłem rogu macicy, obwodowa z obu stron zamknięta ślepo o świetle szparowatem i zanikłej błonie śluzowej. Jajnik wielkości 30 · 20 · 12 mm o powierzchni gładkiej, zawiera liczne dojrzewające i dojrzałe pęcherzyki, wynaczynień, ani ciałek żółtych nie stwierdza się.

Przypadek drugi dotyczy kobiety 55 letniej, która rodziła 6-krotnie zdrowe i donoszone dzieci, miesiączkowała prawidłowo do 50 roku życia, od lat kilkunastu zauważyła obustronne wypuklenie poniżej pachwin, których treść zawsze sama sobie odprowadzała, nie doznając żadnych dolegliwości. Guzy od kilku miesięcy nie dają się odprowadzić, zwiększyły się, a chora odczuwa bóle i ciążenie w dolnej części brzucha. Badaniem po obu stronach poniżej więzadła pachwinowego symetryczne i jednakowe guzy uszypułowane wgłąb pod więzadło, miernie tkliwe, konsystencji elastycznej, nie dające się zmniejszyć, ani odprowadzić. Badaniem ginekologicznem stwierdza się macicę niewielką w położeniu prawidłowem żadnych nieprawidłowości nie wyczuwa się.

Rozpoznanie: Przepuklina udowa obustronna, treść: prawdopodobnie przyrośnięta i zgrubiała sieć. Przy operacji po stronie prawej stwierdzono w worku zamkniętym od strony jamy brzusznej twór o powierzchni białawo-żółtej, uszypułowany w kierunku szyji worka i tamże z nią zrośnięty, który wzięto za kawałek zgrubiałej i bliznowato zmienionej sieci i wycięto; na rozkroju okazało się, że jest to jajnik. Wobec tego po stronie lewej, gdzie stosunki były identyczne, jajnik wpuklono przez otwór zrobiony w szyji worka do wnętrza jamy brzusznej, resztę worka usunięto, a na wrota założono jak i po stronie prawej szwy zwężające. Jajnik wycięty o powierzchni pomarszczonej i pokrytej licznemi zaciągnięciami okazuje drobnowidowo cechy odpowiadające zanikowi czynnościowemu.

Przepukliny narządów płciowych kobiecych nie są o ile można sądzić z piśmiennictwa, zjawiskiem zbyt rzadkiem; Bitzakos zestawił w r. 1892 107 przypadków, a w latach późniejszych opisano ich jeszcze znacznie więcej; statystyka Hilgenreinera[7]), który na 2238 różnych przepuklin wymienia zaledwie 7 zawierających narządy płciowe, ocenia ich częstość jak się zdaje zbyt nisko — zwłaszcza, że należy właściwie uwzględnić w niej tylko przypadki przepuklin u kobiet t. j. 651. Według Pfannenstiela[8]) 25—30% przepuklin pachwinowych kobiecych zawiera przydatki, u oseska ilość ta ma nawet dochodzić do 60% (Carmichael). Na klinice lwowskiej, opisane dwa przypadki widziano w ciągu lat 4-ch na 67 leczonych przepuklin kobiecych.

W przypadku pierwszym mamy do czynienia z przepukliną pachwinową, datującą się od lat najmłodszych i w tym czasie już operowaną, przyczem prawdopodobnie zwężono tylko wrota, nie naruszając worka i jego treści. W wywiadach zasługują na uwagę bóle okresowe, które zjawiły się w okresie dorastania chorej, dały powód do niepotrzebnego wycięcia wyrostka robaczkowego, a pochodziły z utwierdzonego w kanale pachwinowym jajnika, bóle te ustąpiły po operacji drugiej w zupełności. Dolegliwości tego rodzaju jak bóle, obrzmienie jajnika zjawiające się okresowo w czasie menstruacji lub też zamiast niej, opisano niejednokrotnie (Mattthey, Fischer, Eunicke[9]) i inni).

Ciekawe są szczegóły, dotyczące stosunków worka przepuklinowego względem leżących w nim przydatków. Jajnik wisi w nim na zdwojeniu wewnętrznej ściany, tak, że to ostatnie (*mesovarium*) za pośrednictwem obydwu blaszek rozpływa się w worek; również otrzewna macicy przechodzi bezpośrednio w worek przepuklinowy, tak, że więzadła szerokiego po stronie prawej brak. — Uderza tu wielkie podobieństwo do stosunków, spotykanych przy jądrze pochwowem, które przy otwartym równocześnie wyrostku pachwiwym nie zstąpiło do moszen, lecz tkwi w kanale pachwinowym wisząc na zdwojeniu tylnej ściany wyrostka (*mesorchium)*, tworzącem formalną krezkę, której blaszki przechodzą w tą że ścianę; gdyby w przypadku takim jak opisany jajnik opuścił się nieco niżej, a worek przepuklinowy zarósł nad nim (por. pracę Schönmeiera, oraz autora[10]), wówczas analogja do błony właściwej jądra z jej obydwoma blaszkami byłaby jeszcze znaczniejszą. Dalej zwraca uwagę niezwykła krótkość więzadła jajnikowego, która powoduje zbliżenie jajnika do rogu macicy oraz więzadła obłego, warunkującego wciągnięcie rogu macicy w kanał pachwinowy. Przerwę w ciągłości światła trąbki należy uważać za wadę rozwojową analogiczną do przypadków opisanych przez Sänger, Natansona i Schikelego; ważniejszem dla nas jest pozycja jej względem jajnika, który leży za trąbką i ku

środkowi od niej. Takie położenie ma być według Schönmeiera charakterystycznem dla przepuklin przydatkowych, wrodzonych w odróżnieniu od nabytych, przy których jajnik, wypadając poprostu na swej nadmiernie długiej szypule do worka przepuklinowego obok trąbki, leży nazewnątrz od niej.

W przypadku opisanym mamy zatem do czynienia z przepukliną przydatków, w której nietylko worek — jako otwarty wyrostek pochwowy, ale i usadowienie się w nim treści zależą jak się zdaje od zaburzeń rozwojowych; jak już wyżej wspomniano, zdania co do pochodzenia tych przepuklin »wrodzonych« są podzielone.

Pierwotnie leżą jądra i jajniki w jamie brzusznej koło kręgosłupa, w 3 cim miesiącu życia płodowego zaczynają się obniżać, poczem jądro zstępuje dzięki czynności jądrowodu (p. Węgłowski[11]) do kanału pachwinowego, jajnik zaś obniża się ku miednicy małej, znajdując się w chwili urodzenia u wejścia do niej. Definitywne swe położenie w miednicy małej, określone przez Waldeyera, otrzymują jajniki dopiero w miarę wzrostu tej ostatniej. Z więzadła pranercza powstają u zarodka żeńskiego trzy części, z których jednej resztki spotykamy w pobliżu przyjajnika, druga stanowi więzadło jajnikowe (*lig. ovarii proprium*), trzecia więzadło obłe macicy (*lig. uteri teres*), które prawidłowo nie odgrywa roli w dalszej wędrówce jajnika. Kieszonka otrzewnowa (*proc. vaginalis peritonaei*), która u płodów męskich obniża się aż do moszen, a od strony jamy otrzewnowej zarasta, tworząc błonę właściwą jądra (*tunica vaginalis propria*), nie wchodzi prawidłowo w żaden związek z przydatkami i zanika; w pewnej jednak ilości przypadków pozostaje otwartą, tworząc t. zw. uchyłek Nucka (Fere znalazł go u 17 płodów na 158, Zuckerkandel u 4 na 19, Sachs u 38 na 150), uważany przez niektórych za główną i jedyną przyczynę powstawania przepuklin przydatków wrodzonych; według innych wchodzą tu w grę inne czynniki rozwojowe, a mianowicie, według Puecha nieprawidłowe bliznowate kurczenie się tkanki łącznej w więzadle obłem macicy, powodujące wciąganie tejże wraz z przydatkami w otwarty uchyłek Nucka, według Schönmeiera zaś przyczyną tego jest kurczenie się zawartych w więzadle elementów mięśniowych; to ostatnie powoduje też według niego i skrócenie więzadła jajnika własnego stanowiącego dalszy ciąg więzadła obłego. Matthey nazywa te siły »embrjonalnemi« nie określając ich bliżej. Natomiast Makkas, Damianos, a zwłaszcza Heegard zaprzeczają możliwości jakiegokolwiek działania czynnego takich sił »embrjonalnych«, tłumacząc powstawanie przepuklin „wrodzonych" jedynie warunkami mechanicznemi, jak siłą ciężkości, nadmierną długością więzadeł (Benno, Schmidt, Loockwod) zupełnie analogicznemi do tych, które powodują wypadanie przydatków w przepuklinach nabytych różnego rodzaju u dorosłych; znajdowane czasami skrócenie więzadła obłego uważa Heegard za następowe nie uwzględniając tego, że musiałoby się ono przytem najpierw wydłużyć i ułatwić wypadnięcie przydatków, a potem skurczyć, co jest nieprawdopodobne. Argument zwolenników teorji »embrjonalnej«, że dowodem ich słuszności są często opisywane wady rozwojowe macicy i narządów płciowych zewnętrznych, występujące równocześnie z przepukliną pachwinową przydatków, zwalcza Heegard twierdzeniem, że przypadków z tak ciężkiemi wadami rozwojowemi wcale nie wolno brać nam za podstawę objaśnienia przepuklin, z którémi nie mają nic wspólnego; twierdzenie niesłuszne, bo z tego, że się zdarzają przepukliny przydatków bez równoczesnych wad rozwojowych macicy i t. d. nie wynika wcale, żeby same nie były wadą rozwojową, mogącą wystąpić samoistnie lub w łączności z innemi cięższemi. Zaprzeczając istnienie jakiejkolwiek analogji między przepukliną wrodzoną jajnikową, a jądrem usadowionem w swej błonie właściwej opiera się Heegard na fakcie, że jądro zstępuje i leży zawsze zaotrzewnowo, jajnik zaś leży w worku przepuklinowym otoczony nim z wszystkich stron, w piśmiennictwie zaś nie spotyka się nigdy wzmianki o jego zaotrzewnowem położoniu; zapomina jednak, że właśnie jądro pachwinowe ma nieraz względnie długą krezkę, na której wisi jak płód w owodni (Cotte i Croisier) co umożliwia jej skręt lub uwięźnięcie, zupełnie takie same jak to się zdarza z szypułą jajnika leżącego w kanale pachwinowym (Damianos, Fischer, Matthey). W naszym przypadku krezka jajnika była bardzo krótka, a zresztą między narządem leżącym zaotrzewnowo, a posiadającym krezkę, zasadniczej różnicy niema.

Graser[14]) uznaje jako przyczynę przepuklin jajnikowych wrodzonych, wywołane czynnemi siłami zstępowanie jajnika do kanału pachwinowego w otwartym wyrostku pochwowym, analogicznie do zstępowania jądra; przypuszcza jednak, że w pewnych przypadkach przepuklin nabytych worek przepuklinowy powiększając się wciąga do kanału pachwinowego coraz nowe partje otrzewnej ściennej, tak, że wreszcie znikną obie blaszki więzadła szerokiego macicy, a przydatki znajdą się w worku — tworząc przepuklinę »par glissement« podobnie jak jelito ślepe; wówczas jednak nie mielibyśmy do czynienia z takiem skróceniem więzadła jajnika własnego i obłego macicy jak w pierwszym z opisanych przypadków.

Przypadek drugi, aczkolwiek jako obustronna udowa przepuklina jajnikowa nader rzadki (Otte, Beigel) stanowi przykład przepukliny nabytej; przepukliny jajnikowe udowe, ustępują znacznie co do częstości pachwinowym (Deneux 1:9; Englisch 9:27, Bitzakos 17:91) i podobnie jak inne rzadkie, zawierające jajnik przepukliny, zasłonowe, kulszowe, pępkowe, a bezwątpienia i niektóre nabyte pachwinowe, nie zależą od wady rozwojowej. W przypadkach tych jajnik wskutek nadmiernej ruchomości, wywołanej najczęściej jak też i w naszym przypadku licznemi ciążami, poprostu wypada jak każdy inny nadmiernie ruchomy narząd do worka przepuklinowego; w przypadku tym nader długie szypuły jajników zrosły się następowo z szyjkami worków, zamykając je od strony jamy otrzewnowej.

Jakkolwiek nie możemy bynajmniej uważać procesu zstępowania jądra za równoznaczny z obniżaniem się jajnika, to jednak dla objaśnienia mechanizmu powstawania przepuklin pachwinowych przydatków o cechach takich jak wyżej opisana, nie wystarcza przyjęcie obecności samego tylko otwartego wyrostka pochwowego, ale przyjąć też musimy inne czynniki rozwojowe działające w nieprawidłowy, podobny do mechanizmu zstępowania jądra, sposób; nazwa »jajnika pachwinowego« zamiast »przepuklina pachwinowa jajnikowa wrodzona« wyda się wówczas odpowiednią.

Jako cechy takich przepuklin należy uważać ścisły związek jajnika i rogu macicy z wewnętrzną ścianą worka przepuklinowego, krótkość więzadła jajnikowego i obłego macicy i położenie jajnika za trąbką i przyśrodkowo od niej; przepukliny o cechach wprost przeciwnych, najczęściej niepachwinowe trzeba zaliczyć do nabytych.

Piśmiennictwo.

1) Matthey. Bruns Beitr. 832. — 2) Makkas. D Z. f. Chir. 80. — 3) Schönmeier, Bruns B. 128. — 4) Damianos. D. Z. f. Chir. 80. — 5) Fischer. Arch. f. kl. chir. 93. — 6) Heegard Arch. f. kl. chir. 75, tamże obszerne piśmiennictwo do r 1904. — 7) Hilgenreiner. Bruns Beitr. 1910. — 8) Veit. Handb. des Gynäkologie. — 9) Eunicke. Zbl. f. Gyn. 1916. — 10) Hilarowicz. P. Gaz. lek. Nr. 18. 1922. — 11) Ref. na pos. Tow. lek. warsz. 1918.

M. FEJGIN i T. MARJAMKO. Warszawa.

O zawartości cholesteryny i cukru we krwi.

(Z I. Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie. Ordynator: Dr. Anastazy Landau).

Doniesienie I.

»La question des échanges organiques de la cholesterine represente encore aujourd'hui un des problèmes les plus complexes et les plus riches en inconnues de la chimie physiologique et patologique« powiada Artom we wstępie do serji nader ciekawych i wyczerpujących prac swoich nad cholesteryną. I w rzeczy samej, wystarczy przejrzeć piśmiennictwo, dotyczące tej kwestji, aby przekonać się, jak mało pewnych i ustalonych wiadomości posiadamy o pochodzeniu i losach cholesteryny, narządów regulujących jej przemianę,

oraz znaczenia jej w gospodarce ustrojowej. Nieuzgodnione są poglądy badaczy na powstawanie cholesteryny w ustroju. Podczas gdy, zdaniem szkoły Chauffard'a, kora nadnerczy stale, a ciałko żółte ciężarnych okresowo — mogą wytwarzać cholesterynę wewnątrz ustrojową, Aschoff uważa, że produkowanie cholesteryny wewnątrz ustroju niema miejsca, cholesteryna całkowicie pochodzi z zewnątrz, a wspomniane wyżej narządy służą jedynie do magazynowania względnie regulowania krążenia jej w ustroju. Grosz za Aschoffem i jego uczniami, opierając się na badaniach Wackera, Huecka, Steppa i innych, sądzi, że kora nadnerczy nie jest narządem wytwórczym, ale wraz z układem siateczkowo-śródbłonkowym gromadzi nadmiar cholesteryny z krwi.

Artom, przypisując nadnerczom czynność magazynowania cholesteryny, przypuszcza wraz z Ciaccio, że mogą one ewentualnie przetwarzać ją na inne lipoidy. Podobnież i ciałko żółte ciężarnych służy do magazynowania nadmiaru cholesteryny, która później, w okresie poporodowym, znajdzie sobie ujście w produkowanym przez ustrój matczyny pokarmie (Herman i Neuman, Backmeister i Hawerst, podług Artoma) Stwierdzenie przez Eppingera hypercholesterynemji po wycięciu śledziony świadczyć ma o tem, że i śledziona wywiera jakiś wpływ na magazynowanie cholesteryny. Najważniejszą jednak rolę w przemianie cholesteryny odgrywać ma, zdaniem Artoma, wątroba, służąc niejako za centralną stację wytwórczą, odbiorczą i rozdzielczą; w niej bowiem, odbywa się zarówno deponowanie nadmiaru, jak i nowotworzenie cholesteryny oraz wydalanie jej z żółcią, bądź w czystej postaci, bądź przetworzonej na kwasy żółciowe. Michalski nazywa nadnercza fabryką cholesteryny endogenicznej, ciałko żółte — narządem, okresowo ją produkującym; wątroba zaś, zarządzając gospodarką jej w ustroju może, zdaniem jego, powodować jedynie hypercholesterynemję bierną.

Inną ważną, a niezupełnie jeszcze wyjaśnioną, jest kwestja postaci oraz rozmieszczenia cholesteryny w ustroju. Według Parnasa, otoczki krwinek zawierają tylko cholesterynę wolną, osocze krwi — palmitynian i oleinian cholesterynowy. Zdaniem prof. Orłowskiego, w skład surowicy wchodzi wolna cholesteryna, estry jej (palmitynowy, stearynowy i oleinowy) oraz 3 do 4% oksycholesteryny. Michalski, opracowując swoją metodę, przekonać się miał, iż raczej większość cholesteryny w surowicy występuje w postaci wolnej. Richter-Quittner w pracy, poświęconej specjalnie tej kwestji, dochodzi do wniosku, że w warunkach normalnych krwinki człowieka, jak i innych ssaków i ptaków, zawierają wyłącznie wolną cholesterynę, a osocze — tylko jej estry; hypercholesterynemja pokarmowa przebiega zaś w ten sposób, że w 3 godziny po spożyciu pokarmu, obfitującego w tłuszcz obojętny lub cholesterynę, zwiększa się wybitnie ilość estrów jej i to tylko w osoczu, a po 9 godzinach występuje zwiększenie ilości wolnej cholesteryny w krwinkach. Tą drogą następuje wyrównanie ilości cholesteryny w osoczu i krwinkach, odpowiadające normie, z zachowaniem jednak ścisłego oddzielenia estrów w osoczu od wolnej — w krwinkach. Hypercholesterynemja stanów patologicznych różniła by się tem od normalnej — pokarmowej, że wtedy w osoczu zjawia się wolna cholesteryna obok estrów — i ta jej właśnie ilość ulega wahaniom, powodując cholesterynemję, podczas gdy zawartość estrów naogół nie zmienia się wtedy. Stany te różnią się tedy od stanów normalnych tem, że zaburzeniu ulega stosunek ilości estrów do wolnej cholesteryny we krwi całkowitej oraz rozdział tych dwu postaci pomiędzy osocze i krwinki. Widzimy więc, jak wiele sprzeczności istnieje w poglądach na zasadnicze nawet zagadnienia, dotyczące cholesteryny i jej krążenia w ustroju. Trudności badania, a zarazem i sprzeczności, wzrastają jeszcze niepomiernie przy próbach głębszego wniknięcia w losy i przemianę jej w ustroju w warunkach normalnych i patologicznych oraz dążeniu do wyjaśnienia związku przemiany jej z przemianą innych składników pokarmowych względnie budulcowych naszych tkanek. Niemałą tu rolę odgrywa okoliczność słusznie podnoszona przez W. Orłowskiego, że większość metod ilościowego oznaczania cholesteryny we krwi jest nieścisła. Nawet tak ścisłe i objektywne metody, jak wagowa Windausa, jak Kumagawa i Suto'a nie są wolne, zdaniem W. Orłowskiego, od zarzutów, a powszechnie używana w klinikach metoda barwna Grigauta daje wyniki, nieraz bardzo znacznie odbiegające od istotnych wartości. Metoda, proponowana przez W. Orłowskiego, daje wprawdzie rękojmię bardzo znacznej ścisłości, ze względu jednak na kosztowność odczynników i dość zawiłe wykonanie, niezbyt się nadaje, jako podręczna metoda kliniczna, szczególniej jeżeli oznaczeń tych wykonywać trzeba większą ilość — po kilka dziennie. Dlatego w pracy niniejszej zwróciliśmy się jednakże do uproszczonej barwnej metody Grigaut'a, która wykonywana starannie, zawsze przez tego samego pracownika i zawsze w identycznych, warunkach, daje wyniki, być może dalekie od bezwzględnej matematycznej ścisłości, jednak niewątpliwie umożliwiające wyprowadzanie pewnych, często bardzo doniosłych wniosków. Przecież Grigaut i Chauffard, posiłkując się tą właśnie metodą, zdołali ustalić cały szereg faktów, stanowiących dziś podstawę nauki o cholesterynemji, w szeregu stanów fizjologicznych (ciąża, hypercholesterynemja pokarmowa) i patologicznych (kamica wątrobowa, skaza moczanowa, cukrzyca ciężka) i w zupełności potwierdzonych najściślejszemi badadaniami późniejszych autorów. Heitz zapomocą tej metody wykrył ścisły związek, istniejący pomiędzy zawartością cholesteryny we krwi, a rozmiarami i trwaniem zmian naczyniowych u osobników, dotkniętych postępującem zaczopowaniem tętnic *(endarteriitis obliterans)*. Michalski posługiwał się analogiczną metodą w swej pracy nad cholesterynemją, a zakwaszaniem ustroju — że już nie będziemy wyliczać tu długiego szeregu innych prac, opartych na podobnych barwnych metodach, posługujących się (Bloor'a, Authenriet-Funka) odczynem Lieberman Burchardta, prac, które rzuciły wiele światła na zawiłą kwestję cholesteryny i jej znaczenia w ustroju. Należy pamiętać tylko. że przy znacznej stosunkowo skali możliwego błędu (do 20% in minus: do 49% in plus podług W. Orłowskiego) nie można zbyt pochopnie oceniać wyników i zbyt pośpiesznie wyprowadzać ostatecznych wniosków. Jedynie znaczniejsze i stale w pewnym kierunku stwierdzane wahania oraz powtarzające się w kilkakrotnie przerobionem doświadczeniu dane, uprawniają nas do opierania na nich rozumowania — tembardziej, że zawartość cholesteryny we krwi nawet w warunkach normalnych znacznym ulegać może wahaniom, jak tego dowodzą liczby graniczne tej zawartości, podawane przez różnych badaczy (1,4—1,6‰ według Autenrieta i Funka oraz Chauffard'a; 1,4—1,7‰ wg. Steppa; 1,1 do 1,8‰ wg. Bacmeistra i Henes'a)

Bardzo ciekawą, a mało właściwie wyjaśnioną sprawą jest stosunek przemiany węglowodanów i tłuszczów — tych bezpośrednich źródeł energji cieplnej w ustroju, do przemiany cholesteryny, której zgoła odmienną przypisujemy przecież rolę. Że stosunek taki i to bardzo blizki istnieje, dowodzi cały szereg takich faktów, jak znaczenie kwasów tłuszczowych dla tworzenia się estrów cholesterynowych i stały stosunek ilości estrów do ilości wolnej cholesteryny we krwi, (Richter i Quitner), wzmożona cholesterynemja po spożyciu tłuszczów obojętnych, nawet nie zawierających cholesteryny, hypercholesterynemja w cukrzycy i t. p.

Otóż ostatnio z polecenia dr. A. Landaua przedsięwzięliśmy serję badań dla wyjaśnienia jak zachowywać się będzie poziom cholesteryny i cukru w surowicy, po spożyciu pokarmu, obfitującego w cholesterynę i o ile wpłynie na to zachowanie się cholesteryny jednoczesna mobilizacja cukru z wątroby do krwi, przez zastrzyk adrenaliny W tym celu na szeregu chorych, względnie wyzdrowieńców, przerobiliśmy następujące doświadczenia.

Osobnikowi badanemu braliśmy naczczo kilka cm^3 krwi z żyły, poczem podawaliśmy cztery gotowane żółtka jaj kurzych (ok. 55 gr), zawierające w sumie około 1,5—2 gr czystej cholesteryny. Po 1½ godziny ponownie braliśmy krew i w obydwóch porcjach określaliśmy zawartość cholesteryny sposobem Grigaut, oraz cukru — sposobem Pavy-Sahli. Po 1—2 dniach doświadczenie powtarzano z tą zmianą, że

po wzięciu krwi naczczo zastrzykiwaliśmy dożylnie po 0 25 mlgr adrenaliny w 10 cm³ soli fizjologicznej, zaraz potem podawaliśmy żółtka do spozycia — reszta, jak wyżej. W ten sposób określaliśmy u tego samego osobnika cholesterynę i cukier we krwi, dwukrotnie naczczo (dla porównania), po obciążeniu ustroju pokarmem, obfitującym w cholesterynę i po zmobilizowaniu cukru przez adrenalinę. Badania takie wykonaliśmy na 16 osobnikach, z tych na 12-u całkowitą serję (z 4-o krotnem braniem krwi), na 4-ch zaś z różnych powodów — bądź tylko pierwszą część (określenie cukru i cholesteryny naczczo i po żółtkach), bądź tylko 2-gą (naczczo i po adrenalinie z żółtkami). Z pośród tych 12-u, u 9-u przerwa między spożyciem żółtek, a powtórnem wzięciem krwi wynosiła około 1½ godziny, u 3-ch zaś 3 godziny. Wyniki zaznaczone są na załączonej tablicy wraz z rozpoznaniem klinicznem osobnika badanego, oraz z przyrostem, ewentualnie z ubytkiem wartości cukru i cholesteryny w odsetkach wartości naczczo.

Jak widać z tablicy, zawartość cukru we krwi u badanych osobników wynosiła naczczo od 0,7‰ (przyp. 5-y i 7-y)

Rozpoznanie	Cukier %		cholesteryna %	Przyrost wzgl. ubytek w %	
				cukru	cholesteryny
1) K. K. Diabetes mellitus.	I. a.	2,1	1,35	+ 14	+ 47
	b.	2,4	1.98		
	II. a.	2,07	2,27		
	b.	2,52	1,97	+ 22	− 13
2) M. S. Diabetes mellitus.	I. a.	2,4	4,2	− 2	+ 34
	b.	2,35	5,7		
	II. a.	2,37	6,4		
	b.	2,7	5,89	+ 14	− 8
3) N. M. Cholangitis lues. Ca. pancreatis	I. a.	1,2	0,93	− 10	+ 16
	b.	1,08	1,08		
	II. a.	1,02	1,26		
	b.	1,9	1,08	+ 86	− 21
4) S. W. Icterus parenchymatosus	I. a.	0,7	1,42	+ 16	− 28
	b.	0,81	1,02		
	II. a.	0,9	1,5		
	b.	1,3	1,28	+ 100	− 17
5) M. S. Po otruciu terpentyną. (zdrowa)	I. a.	1,01	1,64	+ 58	+ 9
	b.	1,6	1,78		
	II. a.	1,01	1,74		
	b.	1,72	1,46	+ 90	− 16
6) A. S. Post enteritidem	I. a.	0,7	1,62	+ 43	− 4
	b.	1.0	1,56		
	II. a.	1,01	1,32		
	b.	2,04	1,29	+ 102	− 2
7) M. M. Lymphogranulomatosis	I. a.	0,8	1,65	+ 25	+ 21
	b.	1,0	1,99		
	II. a.	0,8	2,2		
	b.	2,5	2,5	+ 212	+ 14
8) M. F. Zdrów (w moczu urobilinogen)	I. a.	1,01	2,16	+ 17	+ 2
	b.	1,18	2,2		
	II. a.	1,0	2,22		
	b.	1,9	1,92	+ 90	− 13

Rozpoznanie	Cukier %		cholesteryna %	Przyrost wzgl. ubytek wagi w %	
				cukru	cholesteryny
9) P. S. Malaria chronica	I. a.	1.06	0,8	0	+ 37
	b.	1,06	1,1		
	II. a.	1,05	1,2		
	b.	2,01½	1,25	+ 91	+ 4
10) L. P. Monarthritis gonorrhoica	I. a.	0.6	1,2	+ 56	+ 25
	b.	0,94	1,5		
	II. a.	0,8	1,32		
	b.		1,53		+ 15
11) E. U. Cholelithiasis ?	I. a.	0,9	2,07	0	+ 22
	b.	0,9	2,52		
	II. a.	0,89	1,94		
	b.	0.9	1,77	0	− 9
12) B. R. Neuralgja trigemini	I. a.	0,9	0,96	+ 13	− 6
	b.	1,02	0,9		
	II. a.	0.96	1,26		
	b.	1,08	1,01	+ 12,5	− 20
13) H. P. Dyspepsja hiperacida	I. a.	1,1	1,8	+ 27	− 12
	b.	1,4	1,58		
	II. a.				
	b.		—		—
14) K. G. Zatrucie kw. octowym. Stan ciężki	I. a.		—		—
	b.				
	II. a.	2,1	2,4		
	b.	1,7	2,13	− 19	− 11
15) W. J. Ca. Capitis pancreatis Icterus	I. a.	1,01	2,7	+ 58	+ 17
	b.	1,6	3,16		
	II. a.				
	b.		—	—	—
16) J. Z. Atherosclerosis. Nephritis interstitialis	I. a.	1,08	1,0	0	− 7
	b.	1,08	0,93		
	II. a.				
	b.		—	—	—

Uwaga. I. a. naczczo II. a. naczczo
b. naczczo + 4 żółtka b. naczczo + 4 żółtka + 0,25 mlg adrenaliny dożylnie.

do 1,2‰ (przyp. 4), oprócz chorych na cukrzycę N. 1-y i 2-gi, u których hyperglikemja dochodziła do 2,07 i 2,4‰, oraz przyp. N 15 bardzo ciężkiego zatrucia kwasem octowym, w którym również stwierdziliśmy przecukrzenie krwi — 2,1‰. Spożycie 4 ch żółtek bez adrenaliny (1 a część doświadczenia), więc pokarmu, zupełnie nie zawierającego węglowodanów, wywołało podniesienie zawartości cukru we krwi (o 13% do 58% wartości naczczo) prawie we wszystkich przypadkach, prócz przyp. Nr. 9 i 17, w których poziom cukru pozostał bez zmiany, oraz N. 2 i 3, w których nawet nieco się obniżył (o 2% i o 10% pierwotnej wartości). Te ostatnie 2 przyp. dotyczą ciężkiej cukrzycy (p. tabl. 2) ze znacznym stopniem hyperglikemji (2,4‰ naczczo), kwasicą i z kolosalną lipemją (surowica zupełnie mleczna zawiera od 4,2‰ do 6‰ cholesteryny — przy kilkakrotnem badaniu) oraz chorej z długotrwałem zapaleniem dróg żółciowych na tle kamicy z kiłą wątroby i nowotworem głowy trzustki (Nr. 3).

W obydwu tych przypadkach mamy uzasadnione podstawy do przypuszczenia bardzo znacznych zaburzeń w przemianie materji zarówno tłuszczowej, jak i węglowodanowej wskutek schorzenia najważniejszych, regulujących tę przemianę narządów — trzustki i wątroby. W przypadkach N. 4 (*Icterus parenchymatosus*) i N. 1 (lżejsza postać cukrzycy) stwierdziliśmy zachowanie się krzywej glikemji po spożyciu żółtek takież, jak i u osobników bez żadnych zaburzeń ze strony przemiany materji i narządów ją regulujących (N. 6, 8 i 12), a mianowicie wyraźne wzniesienie się zawartości cukru od 2,1‰ do 2,4‰ w przyp. 1 (o 14%), od 0,7‰ do 0,81‰ w przyp. 4 (o 16%), od 0,7‰ do 1‰ w przyp.

6 (o 43%), od 1,01‰ do 1,18‰ w przyp. N. 8 (o 17%) i od 0,9‰ do 1,02‰ w przyp. N. 12 (o 13%).

W przypadku zimnicy (N. 9), miażdżycy ogólnej z dusznicą bolesną i schorzeniem nerek (N. 16) i kamicy żółciowej (N. 11) widzimy brak jakiegokolwiek wpływu spożycia żółtek na zawartość cukru we krwi — być może dlatego, iż powtórne określenie cukru w $1^1/_2$ godz., a w przyp. N. 11 — w 3 godziny po spożyciu żółtka nie pozwoliło na uchwycenie zmiany krzywej glikemji, która po przemijającem wzniesieniu zdołała już powrócić do normy.

Dodanie zastrzyku adrenaliny do poprzedniego bodźca pokarmowego zaznacza się przez daleko gwałtowniejszy skok krzywej cukru w górę. W przyp. N. 8 (osobnik zdrowy) zawartość cukru we krwi podniosła się z 1‰ na 1,9‰ (o 90%), w przyp. N. 9. (malaria chronica) z 1,05‰ na 2,01‰ (o 91%), w przyp N. 7 *(lymphogranulomatosis)* z 0,8‰ na 2,5‰, czyli o 212%, w innych przypadkach też o 40% do 60%. Tylko 2 przyp cukrzycy (N. 1 i 2) ze stosunkowo wysoką zawartością cukru we krwi naczczo 2,1‰ i 2,4‰) oddziaływały na adrenalinę względnie nieznacznie o + 22% i o + 14%), a w przyp. N. 11 (*cholelithiasis)* krzywa glikemji pozostała bez zmiany prawie (0,89‰ 0,9‰), w przyp. N. 13 (*neuralgia trigemini)* wzrosła z 0,96‰ na 1,08‰ czyli o 13%, w przyp N. 14 (bardzo ciężkie zatrucie kwasem octowym stwierdziliśmy nawet jej obniżenie o 14% (z 2,1‰ na 1,7‰). W tym ostatnim zresztą przypadku niezwykle ciężki stan chorego z niewątpliwie znacznem uszkodzeniem miąższu wątroby i daleko idącemi zaburzeniami przemiany materji (wysoka hyperglikemja naczczo 2,1‰) dostatecznie tłumaczy odmienny sposób reagowania. Co się zaś tyczy przyp 11 i 12, to powtórne badanie krwi, wykonane tutaj w $3^1/_2$—4 godz. po zastrzyku, pozwoliło zapewne na uchwycenie tylko końcowego okresu zmiany krzywej glikemji, kiedy krzywa ta powracała już do normy. Zmiana ta bowiem, jak to wynika z badań Arnoldi'ego i Colazzo, u ludzi zdrowych przebiega bardzo szybko, maximum w 15'—30', i szybko przemija (po 1—2 godzinach). W przyp. N. 1 i 2 *(diabetes mellitus)* stwierdziliśmy względnie słaby odczyn na zastrzyk adrenaliny.

Jeśli chodzi o wpływ adrenaliny na cholesterynemję, to stwierdziliśmy wyraźne obniżenie jej, przeciętnie o 7% po zastrzyku. Zauważyć tu musimy, że podawanie badanym jednocześnie z zastrzykiem żółtek, działając w kierunku powiększenia cholesterynemji (I-a część naszych doświadczeń, w których cholesterynemja wzrastała przeważnie o 11% po spożyciu żółtek), w znacznym stopniu osłabić mogła ujawnienie się tego wpływu adrenaliny. W każdym razie — na 13 zbadanych w ten sposób osób (w tem u 12 u — adrenalina i żółtka, a u 1-ej — N. 14 — adrenalina bez żółtek) u 3. tylko widzieliśmy pewne wzmożenie cholesterynemji po zastrzyku; z tych w przyp. N. 7 (*lymphogranulomatosis*) z 2,2‰ na 2,5‰ (o 14%) w przyp. Nr 10 *(monartritis gonorrhoica)* z 1,32‰ na 1,53‰ (o 15%) i w przyp. N. 9 *(malaria chronica)* z 1,2‰ na 1,25‰ (o 4% zaledwie). Ci trzej osobnicy dość żywo oddziaływali na samo spożycie 4-ch żółtek wzniesieniem krzywej cholesterynemji, z 1,65‰ na 1,99‰ (o 15%) w przypadku N. 7, z 0,8‰ na 1,1‰ (o 37%), w przypadku N. 9, z 1,2‰ na 1,5‰ (o 25%) w przyp. N. 10. Otrzymane więc zmiany zawartości cholesteryny po adrenalinie były wypadkową dwu w przeciwnym kierunku działających czynników — co mogło również w znacznym stopniu zamaskować właściwe działanie adrenaliny, obniżające cholesterynemję.

Tutaj jeszcze raz zaznaczyć musimy, że 1) prawie wszystkie wartości cholesteryny, podane przez nas w tablicy stanowią przeciętną przynajmniej dwóch określeń z tej samej surowicy; 2) jak wynika z załączonej tablicy, wartości otrzymane u tych samych osobników naczczo 1-ej i 2-ej części doświadczenia przeważnie są dość blizkie sobie — w każdym razie różnice nie przekraczają tych wahań, jakie podawane są przez autorów dla normalnej zawartości cholesteryny we krwi; 3) przeciętną zawartość cholesteryny we krwi osobników, u których niema powodu przypuszczać jakichś zaburzeń z tej strony (N. 6, 7, 14, 9, 11, 13) wynosi w naszych doświadczeniach 1,56‰ — liczba też nie odbiegająca od podawanych przez innych autorów. Jeżeli obecnie porównamy zmiany zawartości cholesteryny po zjedzeniu 4-ch żółtek — w 1-ej części doświadczenia ze zmianami jej w drugiej po dodatkowem zadziałaniu adrenaliny, przekonamy się, że w 1. przypadku badani reagowali przeważnie w kierunku wzmożenia cholesterynemji, a w 2 im przeważała tendencja do mniej lub więcej znacznego obniżenia jej. Najlepiej może uwidoczni to następująca tabelka, w której zestawione są średnie arytmetyczne, otrzymane po zsumowaniu odsetkowego przyrostu zawartości cukru i cholesteryny oddzielnie dla pierwszej i oddzielnie dla drugiej części doświadczenia.

	Cukier	Cholesteryna	
I	+ 25%	+ 11,5%	naczczo + żółtka
II.	+ 64%	— 7,46%	naczczo + żółtka + adrenalina

Zestawiając tedy w ogólnych zarysach wynik naszych prób, możemy powiedzieć, że po niezbyt zresztą znacznem obciążeniu ustroju pokarmem, nie zawierającym węglowodanów, ale obfitującym w cholesterynę (żółtka), stwierdziliśmy wyraźne wzniesienie poziomu cukru we krwi (przeciętnie o 25%), przy zmianie zawartości cholesteryny z nieznaczną ale wyraźną tendencją do wzniesienia, w porównaniu z zawartością jej naczczo (przeciętnie o 11,5%) Jeżeli tuż przed spożyciem żółtek zastrzykiwaliśmy dożylnie 0,25 mlgr adrenaliny, otrzymywaliśmy bardzo wybitną mobilizację cukru do krwi z wzniesieniem poziomu jego przeciętnie o 64%, a w poszczególnych przypadkach o 100%—212%. Ilość cholesteryny zmieniała się wtedy naogół bardzo nieznacznie, i to zwykle raczej w kierunku obniżenia pierwotnej zawartości — przeciętna zmiana wynosiła — 7,5%. Trzygodzinna przerwa pomiędzy zastrzykiem i spożyciem żółtek, a ponownem badaniem, nie wpływała na zachowanie się cholesteryny, zacierał się wtedy tylko obraz krzywej glikemji, która w ciągu tego czasu zdążyła już zwykle powrócić do normy. Jakiż może być mechanizm zachodzących tu zjawisk?

Przedewszystkiem zaznaczyć musimy, że wyniki badań naszych, będących zaledwie zapoczątkowaniem pracy nad zawiłą kwestją stosunku przemiany węglowodanów do przemiany tłuszczów wogóle, a cholesteryny w szczególności, nie zupełnie zgadzają się z tem, co spotykamy w piśmiennictwie. Michalski n. p. twierdzi, że nadnercza wywoływać mają hypercholesterynemję czynną, i że liczne badania stwierdzają pewną równoległość między hypercholesterynemją, a hyperadrenalinemją. Oliver i Haworth po wstrzyknięciu adrenaliny otrzymywali wzrost ilości wszystkich tłuszczów w surowicy. Górecki podaje za Grigaut, że wstrzyknięcie adrenaliny przejściowo wzmaga zawartość cholesteryny we krwi u królików. Wreszcie szereg autorów wskazuje wzrost cholesterynemji po djecie wyłącznie węglowodanowej (Howard Müller, W. Orłowski), która przecież niewątpliwie podnosi poziom cukru we krwi Natomiast Alpern i Colazo otrzymali w doświadczeniach na psach wyniki zgodne z naszemi, ilość tłuszczów i frakcji cholesterynowej obniżała się po adrenalinie. W naszych doświadczeniach otrzymywaliśmy, że właśnie znacznemu wzniesieniu krzywej hyperglikemji po adrenalinie towarzyszy wahanie zawartości cholesteryny w kierunku odwrotnym. Nasuwa się przypuszczenie, że wchodzi tu w grę raczej jakiś bardziej złożony mechanizm, kierujący uruchomianiem i magazynowaniem różnych substancyj w ustroju. Mechanizm ten związany jest z szeregiem czynników wewnątrzustrojowych, jak zwiększona lub zmniejszona w danym momencie zdolność ustroju do zużytkowania pewnego określonego źródła energji cieplnej. Tą właśnie okolicznością wytłumaczyć by można lipemję w ciężkiej cukrzycy, albo hypercholesterynemję po okresie gorączkowym w ostrych chorobach zakaźnych (Chauffard, Michalski), kiedy ustrój wskutek gorączki i djety ubożeje w węglowodany. Bardzo ciekawe w tym względzie są spostrzeżenia Ludena, że w t. zw. obrzęku śluzakowatym (myxoedema) wartości podstawowej przemiany materji (basal metabolic rates) i cholesteryny we krwi są odwrotnie proporcjonalne, co dowodzi, że tarczyca, ten główny regulator rozmiarów przemiany materji, nie pozostaje bez wpływu na cholesterynemję.

Streszczając tedy wyniki nasze, możemy powiedzieć, że:

1) przemiana węglowodanów z jednej — tłuszczów i cholesteryny z drugiej strony znajduje się w bliskim, choć nie zupełnie jeszcze wyjaśnionym związku;

2) wprowadzenie 4-ch żółtek powoduje w większości przypadków nieznaczny przyrost cukru i cholesteryny we krwi;

3) zastrzyk dożylny adrenaliny prowadzi z jednej strony do zwiększonej mobilizacji cukru do krwi z wątroby, z drugiej zaś zmniejsza ilość cholesteryny we krwi.

Z praktyki.

Dr. Józef WIŚNIEWSKI. Kraków.

Niezwykłe powikłanie po zastosowaniu mięszanej szczepionki Delbeta.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. dr. J. Zubrzycki.

Od czasu ogłoszenia szeregu prac o leczeniu różnych spraw zapalnych zapomocą szczepionek swoistych i nieswoistych, świat lekarski żywo zajął się tym sposobem leczenia. Pierwotne rzekomo znakomite wyniki lecznicze uzyskane przy pomocy wzmiankowanego sposobu leczenia, nie zostały potwierdzone jednak, przez późniejsze doświadczenia kliniczne i temu zapewne przypisać należy, że zainteresowanie ogółu omawianą sprawą osłabło na cały szereg lat.

Dopiero w roku 1920 pojawił się w piśmiennictwie lekarskiem, głównie francuskiem, szereg rozpraw, a w towarzystwach naukowych paryskich szereg odczytów i pokazów z tego zakresu. Niektórzy (Descomps, Robert Dupont, Noel Fiessinger) szczycili się dobremi wynikami, inni w dalszym ciągu odnosili się do całej sprawy z niedowierzaniem.

W ostatnich trzech latach spotykamy i w piśmiennictwie polskiem, liczny szereg prac nad działaniem szczepionek Delbeta.

Z ginekologów francuskich, pierwszy zajął się temi szczepionkami Kuss, ogłaszając rozprawę o leczeniu szczepionkami spraw zapalnych przydatków macicy. Kuss stosując systematycznie »propidon« doszedł do wniosku, że szczepionki wielowartościowe przeciwropne są znacznie skuteczniejsze, niż inne środki, które się zwykle w tych przypadkach stosuje. Pod wpływem ich bóle w miednicy małej znikają zazwyczaj odrazu, ciepłota spada w ciągu 5—6 dni, wynik zaś całkowity widoczny jest już w ciągu dni piętnastu.

Zachęceni takiemi wynikami zaczęliśmy i my stosować na naszym oddziele szpitalnym, szczepionkę buljonową w postaci »propidonu«.

Znajduje się on w handlu w koneweczkach szklannych. Hodowle buljonowe gronkowców, paciorkowców i prątków ropy błękitnej, blisko miesięczne, zostają zabite przez ogrzanie do 65°C i potem zmieszane w ilościach odpowiednich, tak że każda koneweczka o 4 cm^3 zawartości buljonu zawiera około 13 miljardów tych bakteryj.

Wstrzykiwaliśmy domięśniowo lub podskórnie w odstępach 3—4 dniowych, zwyczajne dawki, ograniczając ogólną ich liczbę przeważnie do trzech. Leczyliśmy w ten sposób tylko chore dotknięte przewlekłemi sprawami zapalnemi w przydatkach macicy i ograniczonemi sprawami zapalnemi toczącemi się na otrzewnej lub w tkance łącznej narządów rodnych.

Wyniki u leczonych w ten sposób chorych, nie były tak dobre jak to podają autorzy francuscy, a przytem u jednej chorej stwierdziliśmy ciekawe powikłanie. Ciekawe z tego powodu, bo dowodzi, że szczepionki różnego typu w obecnym składzie, nie są, jak wielu sądzi, środkami obojętnemi i nieszkodliwemi dla ustroju i nie we wszystkich bez wyboru przypadkach stosować je można. Opis dotyczącego przypadku podaję poniżej:

Lp. protok. chor. $\frac{474}{924}$ M. M. 22-letnia, zamężna. Zgłosiła się do szpitala dnia 23. III. 1924. Podaje, że od czasu porodu, który się odbył przed miesiącem, czuje się chorą. Cierpi na silne bóle dołem brzucha i gorączkuje. W dzieciństwie przechodziła zapalenie nerek, z którego się zupełnie wyleczyła.

Rozpoznanie: wysięk zapalny na otrzewnej miednicy małej i zmiany zapalne obustronne w przydatkach macicy. Badanie moczu, na co zwracam szczególną uwagę, nie wykazało nieprawidłowych składników.

Chora pozostawała na oddziale do dnia 21. VIII. a więc przez cały miesiąc. Przez ten czas zastosowano u niej leczenie zachowawcze w postaci gorących okładów ud.

Chcąc przyśpieszyć wessanie się wysięku zastosowano 22. VIII. jedną dawkę propidonu do mięśniowo (4 cm^3). Miejscowy i ogólny odczyn nieznaczny. Ciepłota najwyższa 38·5° C.

W dwanaście niespełna godzin po zastrzyknięciu propidonu stwierdzono, że chora oddaje mocz krwawy. Zbadano mocz i stwierdzono: ilość moczu zmniejszona, ciężar gatunkowy 1030, bardzo duża ilość białka. W osadzie: znaczna ilość krwinek czerwonych, mało białych, nabłonek nieliczny dróg moczowych, liczne wałeczki ziarniste i szkliste. Nieznaczne obrzęki na twarzy. Rozpoznano »ostre krwotoczne zapalenie nerek« (*nephritis acuta haemorrhagica*).

Krew w moczu utrzymywała się, powoli znikając aż do dnia 2. IX. a więc przez całe dwanaście dni.

Dnia 2. IX. zbadano mocz i stwierdzono; białka ilość nie znaczna, w osadzie gdzieniegdzie nabłonki dróg moczowych nieliczne krwinki czerwone i wałeczki ziarniste.

Z opisu tego przypadku okazuje się, że u danej chorej nastąpiło bardzo poważne powikłanie ze strony nerek i to już po jednorazowem zastosowaniu zwyczajnej dawki »propidonu«, Powikłanie to utrzymało się przez dłuższy przeciąg czasu.

Przyczynę tego niezwykłego przypadku tłumaczymy sobie zadziałaniem samego propidonu względnie jadów drobnoustrojowych w nim zawartych na miąższ nerkowy. Opierając się tutaj na doświadczeniach Mucha, możnaby również, co jednak mniej prawdopodobne, tłumaczyć opisane powikłanie chorobowe, działaniem trującem na miąższ nerkowy, produktów rozpadu, pozajelitowo odbudowanego białka. Ponieważ chora w dzieciństwie przechodziła już sprawę zapalną nerek, przeto miąższ nerkowy był u niej mniej odporny niż prawidłowy i temu to najprawdopodobniej przypisać należy, że uraz w postaci 4 cm^3 propidonu, podanego wśródmięśniowo, wystarczył, aby u danej chorej wywołać zapalenie nerek.

Z powyższego widzimy, że należy być bardzo ostrożnym, przy stosowaniu szczepionek typu »propidon«, szczególnie u chorych, którzy dawniej przebyli zapalenie nerek. Przebycie tej sprawy chorobowej nawet w odległych czasach powinno być moim zdaniem stanowczo przeciwwskazaniem do stosowania propidonu. Zaznaczam zaś to dlatego, gdy, w odnośnem piśmiennictwie znalazłem uwagę, że nawet przy białkomoczu, propidon podawać można bez obawy (Lebeau). Nasz przypadek tego nie potwierdza, co więcej przemawia przeciw ostatnio wspomnianemu zapatrywaniu i dlatego ogłaszam go jako przestrogę dla wiadomości kolegów.

Higjena i wychowanie fizyczne.

A. KUHN. Lwów.

Statystyka chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania z roku 1923 (Publikacja Sekcji higjeny Ligi Narodów).

Statistique des maladies à déclaration obligatoire pour l'année 1923. (Société des Nations. Organisation d'hygiène).

Ciąg dalszy.

Tyfus brzuszny i paratyfus.

Choroby te w państwach Europy zachodniej w r. 1923 były częstsze, aniżeli w r. 1922. Natomiast wybitne zmniejszenie liczby zachorowań zanotowano w Rosji europ. z Ukrainą (1922 — 317.705, 1923 — 112.286) i w Polsce.

W Polsce liczby zachorowań z 5-lecia 1919—1923 są następujące: 11.421, 21.466, 30.067, 22.056, 14.037. W czterech strefach już kilkakrotnie wspomnianych notowano na 100.000 mieszkańców następującą:

	Chorobowość		Śmiertelność	
w strefie	1922	1923	1922	1923
I	108.2	45.2	4.88	2.60
II	73.9	52.4	6.75	5.44
III	88.0	75.5	8.13	7.37
IV	25.9	29.2	1.81	2.59
Cała Polska	79.0	53.3	5.88	4.89

Wysoką chorobowość i śmiertelność w obu latach wykazuje III. strefa (woj. łódzkie, kieleckie i krakowskie). Znaczny spadek stwierdza się na kresach wschodnich, jedyny wyjątek stanowi Wileńszczyzna, gdzie liczba zachorowań wyraźnie wzrosła. Idąc ze wschodu na zachód spadek w roku 1923 jest mniej znaczny; w strefie zachodniej Poznań i Pomorze wykazują nawet równe liczby w obu latach, a Śląsk nawet wzrost w r. 1923 — jest to w mniejszej skali ten sam objaw, który stwierdzono w całej Europie.

Gorzej, niż w Polsce przedstawiają się liczby Włoch w 5-leciu od 1919 do 1923: 23.400, 32.487, 35.227, 25.316, 25.316. Także w Hiszpanji notowano wielkie liczby zmarłych: 5677, 6998, 7041, 5438, 5131.

W Czechosłowacji notowano: 7796, 7399, 9331, 6612, 5508 zachorowań na tyfus brzuszny; w r. 1923 przypadało na 100.000 mieszkańców:

w Czechach	zachorowań	32·6,	skonów	2·94
na Morawach	»	49·3,	«	4·21
na Śląsku	»	40·7,	«	1·94
na Słowacji	»	56·4,	»	2·77
na Rusi	»	48·6,	«	2·64

Z 2175 zachorowań, które zgłoszono w Czechach, przypadało 102 na paratyfus B, a 3 na paratyfus A.

W Austrji zmarło w 5-leciu 1919 — 1923 z tyfusu brzusznego na 100.000 mieszkańców: 6·43, 4·50, 6·95, 3·71, 3·12.

Stosunek częstości tyfusu do paratyfusu w Danji przedstawiał się następująco:

1919 — 80·5 : 19·5
1920 — 67·4 : 32·6
1921 — 69·9 : 30·1
1922 — 51·2 : 48·8
1923 — 51·2 : 48·8

Nie podobna stwierdzić, czy przypadki paratyfusu w Danji w latach ostatnich stały się częstsze, czy też były lepiej rozpoznawane. W Danji zwiększenie paratyfusu w miesiącach letnich zaznaczało się daleko wyraźniej, aniżeli w przebiegu tyfusu brzusznego: przypadało mianowicie na miesiące od maja do października z całorocznej liczby zachorowań na tyfus w r. 1922 — 56%, w r. 1923 — 70%, zaś z całorocznej liczby zachorowań na paratyfus w r. 1922 — 80%, w r. 1923 — 95%. Szczególnie wyraźnie spostrzega się to w r. 1923, gdyż na jeden miesiąc sierpień przypadało 46% wszystkich zgłoszonych w ciągu roku przypadków paratyfusu, na następny miesiąc wrzesień znowu 30%. Takiego skupienia przypadków w okresie kilkotygodniowym nie stwierdzono w przebiegu duru brzusznego, gdzie liczba przypadająca (w stosunku do liczby rocznej) na jeden miesiąc wynosiła najwyżej 20% (listopad 1922).

W 6 prowincjach państwa niemieckiego zgłoszono:

w r. 1922	tyfusu brzusznego:	1682 zach.,	paratyfusu:	387
« » 1923	»	» 2345	» «	684

Z państw azjatyckich tylko Japonja dostarczyła dat użytecznych, które przytaczam:

rok	Tyfus Eberth zachorowań	Tyfus Eberth skonów	Paratyfus, przeważnie B. zachorowań	Paratyfus, przeważnie B. skonów
1919	54.706	11.156	7.435	747
1920	53.925	10.327	7.726	836
1921	49.955	10.624	6.290	858
1922	52 381	11.080	7.150	852
1923	52.778	11.316	5.311	681

Uderzająca jest tu, podobnie, jak wspomniano już co do czerwonki, wielka zabójczość tyfusu brzusznego (przeciętnie w pięcioleciu prawie 21%) i paratyfusu (przeszło 11%). Czyżby Japończycy łatwiej niż Europejczycy ulegali chorobom zakaźnym ostrym, czy może tylko tym, które się sadowią głównie w przewodzie pokarmowym?

W Stanach Zjednoczonych Ameryki półn., tyfus brzuszny w okresie 1919—1923 upodobał sobie szczególnie rok 1921, który i w Europie był uprzywilejowany dla tej choroby.

Zimnica.

W statystyce tej choroby r. 1923 przeważa w sposób bardzo wydatny Rosja sowiecka z liczbą 5,569.665 zgłoszonych zachorowań, co przedstawia przeszło dwukrotne zwiększenie w porównaniu z r. 1922, w którym notowano 2,490.982 przypadków.

Dla porównania przytoczę liczby drugiego z rzędu kraju europejskiego z wysoką liczbą przypadków zimnicy t. j. Włoch; w 5-leciu 1919—1923 notowano: 247.084 (daty niekompletne), 227.747 (niekompl.), 267.589, 234.656, 188.937.

Polska jedynie w r. 1921 — tym roku wielkich epidemij — wykazała znaczną liczbę przypadków; w pięcioleciu notowano: 1.513, 2.073, 52.965, 17.611, 4.771 — widoczny więc w r. 1923 znaczny spadek, w przeciwieństwie do olbrzymiego wzrostu u naszego wschodniego sąsiada. Od zachodniego sąsiada nie mamy wcale dat, bo tam nie ma obowiązku zgłaszania zimnicy.

Warto nieco dokładniej omówić epidemję w Rosji. Cyfry wyżej podane dla roku 1922 i 1923 są z pewnością za niskie, ponieważ statystyka oficjalna rosyjska uwzględnia jedynie te przypadki, które leczono chininą, z powodu zaś braku tego leku wiele przypadków nie było leczonych, nie uległo zatem zarejestrowaniu. Znawcy rosyjscy podają liczbę przypadków zimnicy w Rosji w r. 1923 na około 12 miljonów! Przypadki choroby są rozsiane po całem państwie, najgęściej w okolicach dolnej i środkowej Wołgi, gdzie według statystyki oficjalnej w r. 1923 na 100.000 mieszkańców notowano 20.000—45.000 przypadków zimnicy. Wschodnia połać Ukrainy sowieckiej i Rosja centralna były także poważnie zajęte, również północna część gubernji archangielskiej, gdzie w r. 1923 notowano 4.100 przypadków na 100.000 mieszkańców.

Zimnica już przed wojną była znacznie rozszerzona w Rosji, rejestrowano rocznie przeszło 3 miljony przypadków, ale forma podzwrotnikowa pojawiała się jedynie w krajach kaukaskich i w Turkiestanie. Wskutek niedostatecznego utrzymania systemu irygacyjnego w tych okolicach i wielkich ruchów uchodźczych, pozostających w związku z panującym głodem, złośliwa postać zimnicy szybko się rozszerzyła i zajęła okolice nowe.

Badania laboratoryjne wykazały, że na północy Kaukazu i nad dolną Wołgą 15—20% przypadków należy do typu podzwrotnikowego, nawet w gubernji moskiewskiej 5%. Spostrzeżenia te wywołały zrozumiałe zaniepokojenie w Rosji, a niewątpliwie i dla nas są groźnem memento.

Sezonowe nasilenie epidemji przypadało w r. 1922 na

wrzesień, podczas gdy przed wojną maximum notowano w maju. W r. 1923 maximum przesunęło się na czerwiec, co uważano za zapowiedź cofania się złośliwego typu zimnicy, gdyż wiadomo z dawniejszych spostrzeżeń, że zimnica typu łagodnego miewa maximum nasilenia na wiosnę, zimnica podzwrotnikowa w jesieni.

W Polsce w strefach już kilkakrotnie wzmiankowanych liczba zgłoszonych zachorowań i skonów na zimnicę przedstawia się następująco:

	Chorobowość		Śmiertelność	
w strefie	1922	1923	1922	1923
I (kresy wsch.)	15.491	4.048	6	1
II	1.684	590	5	3
III	178	69	2	0
IV	66	64	0	0
Cała Polska	17.419	4.771	13	4

Z krajów pozaeuropejskich daty przydatne otrzymano tylko ze Stanów Zjednoczonych Ameryki półn. Liczba zachorowań zgłoszonych w pięcioleciu 1919—1923 była następująca: 134.368, 143.003, 139.006, 120.517, 115.117. Z całej liczby chorych w pięcioleciu przypada około 83% na stan Mississipi.

Grypa.

Z powodu specjalnych właściwości tej choroby ani statystyka chorobowości, ani statystyka śmiertelności nie jest dokładna. Bardzo niewiele krajów nadesłało daty użyteczne.

Studjum statystyk śmiertelności tygodniowych albo miesięcznych wykazuje, że wahania epidemji grypy wpływają w wysokim stopniu na krzywą śmiertelności ogólnej, w szczególności śmiertelności z zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, gruźlicy płucnej i chorób serca; stąd wynika, że w wielu przypadkach nawet co do obszarów, gdzie nie znamy dokładnie częstości grypy, możemy wnioskować o biegu epidemji grypy.

Grypa w r. 1923 w Europie miała mniej ciężki przebieg, aniżeli w zimie r. 1922. Widoczne to z zestawienia skonów z grypy w okresach czterotygodniowych albo miesięcznych, podanego dla 105 miast Wielkiej Brytanji, 46 miast Niemiec, 7 miast Irlandji północnej i 23 miast wielkich Europy, Ameryki i Azji. W zestawieniu tem niema Warszawy, bo co do grypy w Polsce niema obowiązku donoszenia. Wszystkie bez wyjątku liczby dla miast europejskich okazują w porównaniu z r. 1922 zmniejszenie liczby skonów w r. 1923. Przykładowo: Paryż 517, 169; Londyn 2.582, 752; Berlin 963, 738; Wiedeń 280, 90. Również w miastach Indji Wschodnich i w Hong-Kong notowano zmniejszenie. Przeciwnie w Stanach Zjedn. Ameryki półn. z miast uwzględnionych większość (Boston, Chicago, New-Orleans, New-York) wykazuje w r. 1923 wzmożenie liczby zmarłych, a jedynie San Francisco zmniejszenie; z miast Ameryki południowej uwzględniono Rio de Janeiro i Montevideo, które wykazały wzmożenie liczby zmarłych.

Krzywa liczby skonów według pory roku okazuje szczyt: w miastach brytyjskich w czasie od 22/IV do 19/V (w Londynie 25/III do 21/IV), w miastach niemieckich 1—27/I, (także w Berlinie), w Paryżu w lutym i marcu, we Wiedniu w czasie od 25/II do 24/III i t. d. Największa śmiertelność z grypy była więc w miesiącach I kwartału 1923, a jedynie w Wielkiej Brytanji wzniesienie szczytowe krzywej opóźniło się.

Statystyki Danji i Szwecji z okresu 6-letniego 1918—1923 wykazują podobny w obu krajach przebieg epidemji grypy: największe liczby zachorowań w roku 1918 (496.755 i 477.592), potem spadek stopniowy (szybszy w Szwecji) aż do r. 1921, poczem znowu wzrost w r. 1922 i następnie znaczny spadek w r. 1923: w Danji do 79.779, w Szwecji do 5.219.

W Szkocji zmarło w 6-leciu 1918—1923 z grypy osób: 11.111, 7.215, 1339, 1330, 3.706, 529.

Skony w r. 1923 dzielą się w następujący sposób:

Grypa jedyną przyczyną śmierci	127
« komplikuje gruźlicę	3
katar oskrzeli	60
zapalenie płuc	166
inne choroby dróg oddechowych	24
ciążę	7
inne choroby	142

W Anglji z Walją liczba zmarłych w 10-leciu 1914—1923 była następująca: 5.953, 10.471, 8.782, 7.283, 112.310 (rok 1918!), 44801, 10.665, 8.995, 21.498, 8461. Liczba r. 1923 była prawie równa liczbie r. 1921, jakkolwiek szczyt epidemji w r. 1923 przypadł na połowę maja, a w r. 1921 na początek marca.

Encephalitis epidemica (lethargica).

Przypadki tej choroby są nieliczne w porównaniu z innemi chorobami zakaźnemi. Obowiązek zgłaszania nie istnieje w przeważnej liczbie państw. Z państw europejskich uwzględniono tylko 16. Statystyka jest bardzo niekompletna, tak, że w pięcioleciu 1919—1920 z niektórych państw notowano liczby tylko z jednego roku: Litwa i Rosja z Ukrainą (1923), z Czechosłowacji z 2 lat (1922 i 1923), z Belgji, Włoch, Polski, Łotwy i Estonji z 3 lat (1921—1923), ze Szwecji, Finlandji i Szwajcarji z 4 lat (1920—1923), wreszcie ze Szkocji, Anglji z Walją, Norwegji i Danji z 5 lat. Jak się okazuje, encephalitis epidemica z latami zyskuje w statystyce państw europejskich prawo obywatelstwa.

Najliczniejsze zachorowania zaszły w r. 1921 w krajach północnych: Anglja (1470), Szwecja (1512), Finlandja (1095); po znacznym spadku w roku następnym liczba zachorowań znowu wzrosła w r. 1923 w Anglji (1025) i Szwecji (536), nie dosięgła jednak wysokości z r. 1921. W Danji szczyt epidemji był w r. 1920 (223 zachorowań).

W Polsce notowano w latach 1921—1923 zachorowań: 85, 121, 329. Niewiadomo, czy zwiększająca się liczba jest wyrazem istotnego wzmożenia się epidemji, czy też wynikiem dokładniejszej rejestracji.

W Czechosłowacji było w roku 1922 zachorowań 150 (zmarło 39%), w roku 1923 zachorowań 366 (zmarło 33%), z tego 100 zachorowań w lutym.

Poliomyelitis acuta.

Największą liczbę zachorowań w pięcioleciu 1919—1923 notowano w roku 1923 w Anglji z Walją (587) i Szwajcarji (256). W Szwecji i Danji najwyższa liczba była w r. 1919 (820 i 389), poczem nagły spadek, a w r. 1923 dość znaczny wzrost w Szwecji (313), mniejszy w Danji (75).

W Stanach Zjedn. Ameryki półn. w ostatniem pięcioleciu najwyższa liczba była w r. 1921 (5880), rok 1923 stanowi drugi z rzędu co do częstości zachorowań z liczbą prawie równo o połowę mniejszą (2912).

Wogóle choroba ta nie dosięgła w minionem pięcioleciu tej wyżyny, jaką notowano w r. 1911 w Skandynawji i w r. 1916 w Stanach Zjedn. Ameryki półn.

Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

Choroba ta pojawiała się w całym świecie, ale podobnie, jak *encephalitis epidemica i poliomyelitis acuta*, nigdzie nie wystąpiła w wielkiej liczbie przypadków.

W Anglji z Walją notowano w pięcioleciu 1919—1923 nieustający spadek liczby zachorowań zgłoszonych (od 848 do 301), a spadek ten datuje się od r. 1915, w którym wykazano 2566 przypadków. Wzmożenie zaszło we Włoszech, gdzie w r. 1923 zgłoszono 368 przypadków, gdy w r. 1922 było tylko 66. W Czechosłowacji zapisano w powyższem pięcioleciu następujące liczby: 67, 75, 80 190, 142; w Polsce: 330, 596, 477, 533, 597.

Z krajów azjatyckich jest bardzo mało dat. W Japonji liczba z 2456 (w r. 1919) spadła do 704 (w r. 1923) z 54% śmiertelnością, prawie równą tej, jaką spostrzegano w Europie.

W niektórych okolicach Afryki notowano wysokie liczby zachorowań.

W Stanach Zjedn. Ameryki półn. spadek objawia się od szeregu lat; statystyka 22 stanów wykazuje w 5-leciu ostatniem następujące liczby: 2034, 2012, 1816, 1451, 1283.

Płonica.

Prócz Gdańska, Grecji i Irlandji dostarczyły dat wszystkie kraje europejskie uwzględnione w omawianej publikacji, w przeważnej większości dla pięciolecia 1919—1923. Hiszpanja wykazała skony, wszystkie inne kraje zachorowania.

Na ogół liczba przypadków zgłoszonych w r. 1923 jest niższa, niż w latach 1921 i 1922, ale wysoka.

Z krajów europejskich największe liczby bezwzględne zachorowań notowano w Anglji z Walją, większe nawet znacznie, niż w Rosji europ. w latach 1919—1922, a nieco większe w r. 1923. Także Szkocja wykazała bardzo wysoką liczbę zachorowań. Przyczyny należy może szukać głównie w dokładniejszej w tych krajach rejestracji zachorowań, aniżeli gdzieindziej. Liczby Anglji z Walją w 5-leciu 1919—1923 są następujące: 82.398, 119.490, 137.073, 108.242, 85.608, liczby Szkocji, posiadającej niespełna $^1/_5$ część ludności Polski, są prawie równe liczbom Polski (w latach 1919, 1920 i 1923 wyższe).

Stałe zmniejszanie się liczby od roku 1920 zauważamy w Danji, Francji i Hiszpanji, od roku 1921 w Niemczech i Szwajcarji.

W Polsce notowano: 4.690, 16.664, 28.164, 14.717, 15.746.

W strefach już kilkakrotnie wspomnianych było (według dat prowizorycznych):

	Zachorowań		Skonów	
w strefie	1922	1923	1922	1923
I	4.546 *)	3.505	340 *)	410
II	6.592	7.274	1.215	909
III	2.298	3.163	288	257
IV	1.280	1.643	111	120
Cała Polska	14.716	15.585	1.954	1.696

Zauważamy w r. 1923 zmniejszenie na kresach wschodnich, zaś zwiększenie w 3 innych strefach. Śmiertelność była w r. 1922 — 13.3%, w r. 1923 — 10.9%. Największą śmiertelność wykazano w obu latach w strefie II, obejmującej m. Warszawę i województwa warszawskie, lubelskie, lwowskie i stanisławowskie; szczególnie w dwu ostatnich liczba skonów była znaczna, w lwowskiem 19 i 14%, w stanisławowskiem nawet 24.2 i 21.3%. Są to niewątpliwie niedomagania statystyki wynikające stąd, że rejestrowane bywały przeważnie przypadki ciężkie, a lekkie nie były zgłaszane — co prawda, takie same, a może i gorsze stosunki zachodziły także w innych województwach.

Liczby zgłoszonych zachorowań w Czechosłowacji były: 3.685, 4.188, 9.425, 10.784, 10.522; śmiertelność w roku 1922 — 11%, w r. 1923 — 7.2%.

Duże liczby zgłoszonych zachorowań, idące w setki tysięcy, wykazano w Stanach Zjedn. Ameryki półn.

Błonica.

Obowiązek zgłaszania błonicy istnieje we wszystkich krajach europejskich objętych statystyką Ligi Narodów. Mimo to brak w publikacji, o której mowa, dat z Gdańska, Grecji i Irlandji. Wahania liczb w poszczególnych latach są mniejsze, aniżeli w innych chorobach zakaźnych.

Podobnie, jak co do płonicy, także i tutaj Anglja z Walją wyskakują wysoką liczbą ponad inne kraje z liczbą najwyższą w roku 1920. W Szwecji notowano w 5-leciu 1919—1923: 40.514, 26.448, 15.133, 6.610, 4.808.

Podobny stały spadek zauważa się w Norwegji i Finlandji; więcej stała była liczba w Danji. Bez wahań również spadała liczba zachorowań w Holandji i Belgji (z małem wzniesieniem w r. 1923), bez wahań także w Austrji. Zastanawiająco zbliżone liczby dla poszczególnych lat pięciolecia wykazano we Włoszech (11.000 do 12.000).

W Czechosłowacji notowano: 4.608, 4.872, 4 380, 3.223, 3.159 — w Polsce: 1.815, 3 178, 4.130, 4.228, 3.694.

Z krajów pozaeuropejskich wysokie liczby notowano w Japonji i Stanach Zjedn. Ameryki półn.

Odra.

Odrę w pięcioleciu 1919—1923 notowano w największej liczbie we Włoszech, **koklusz** w Danji.

Trąd.

Z 72 krajów, które nadesłały statystykę zachorowań w r. 1923, tylko 41 wprowadziło obowiązek zgłaszania trądu; z tych tylko 13 krajów doniosło o nowych przypadkach tej choroby: Austrja 1, Estonja 25, Francja 1, Łotwa 37, (z Rosji brak doniesienia), Cypr 8, Algier 3, Australja 1, Stany Zjedn. Ameryki półn. 35, miasto Meksyk 16, Costa-Rica 2, Domingo 2, Panama 9, Uruguay 2.

Liczba trędowatych pozostających w ewidencji w r. 1923 była w Palestynie 80, szczególnie wielka w Kamerunie i Togo, największa w Afryce centralnej (Tanganyika około 6.000).

Jaglica.

Tylko z 7 krajów europejskich w r. 1923 nadeszły doniesienia o nowych przypadkach jaglicy. Pośród tych znajduje się Czechosłowacja, która notowała w ostatniem pięcioleciu: 4.251, 3.308, 3.252, 2.796, 3 338, i Polska z liczbami: 1.570, 1.556, 2.425, 2.737, 4.061. Liczby Polski nie powinny przestraszać, gdyż ich wzrost niewątpliwie pochodzi tylko z dokładniejszej rejestracji, a nie z istotnego wzmożenia się choroby. Jugosławja wykazała w r. 1922 — 6503 przypadków jaglicy.

Daty co do rozszerzenia się jaglicy są zupełnie niedostateczne. Brak danych z okolic notorycznie nawiedzonych, jak Rosja, Rumunja, Chiny, Japonja. W Egipcie i Palestynie, gdzie 70—95% ludności cierpi na jaglicę, zgłaszanie nowych zachorowań nie jest praktykowane. Jako wadliwość podnosi dalej publikacja, że w krajach, gdzie zgłaszanie jaglicy jest obowiązkowe, nie czyni się różnicy między postacią ostrą a przewlekłą. Zdaniem Sekretarjatu Ligi Narodów zgłaszanie nowych przypadków jaglicy ma większą wartość w tych krajach, gdzie opieka lekarska w szkołach jest zorganizowana.

Wąglik.

Notowano liczby tylko z dwu lat: 1922 i 1923. Na czele stoi Rosja (zachorowań 3.904 i 7.801), dalej Niemcy (125 i 105), następnie Polska (56 i 57, w r. 1923 — 11 skonów), Czechosłowacja (69 i 42, w r. 1923 — 3 skony). Bardzo częsty podobno był wąglik w Jugosławji, skąd podano w jednym miesiącu, lipcu 1923 — innych dat niema — 83 zachorowań z 16 zmarłymi.

W Rosji wąglik wystąpił głównie na Ukrainie (1153 i 2.309) i w środkowym biegu Wołgi (1.303 i 1.334).

Z krajów pozaeuropejskich w roku 1923 najwięcej przypadków wykazał Urugwaj (186 zachorowań, z tego 31 skonów).

Wścieklizna.

Tylko z 8 krajów europejskich wykazano w 1923 przypadki wścieklizny u człowieka:

	Chorych	Zmarłych	
Niemcy	74	–	(w r. 1922 — 52 chorych)
Polska	36	36	(2572 przyp. pokąsania, zachorowań 1·4% — w r. 1922 — 1997 pokąsań, 37 skonów)

*) Dla Wilna brak I. kwartału.

Czechosłowacja	22	22	
Łotwa	21	—	
Austrja	4	3	(413 pokąsań, zach. 1%)
Estonja	2	—	
Gdańsk	2	—	
Belgja	1	—	

Liczba powyższa pokąsanych w r. 1923 w Polsce nie zgadza się z liczbą osób szczepionych, którą wykazano w Sprawozdaniu z działalności Państw. Zakładu higjeny w latach 1919—1923. Szczepiono bowiem w r. 1923 w zakładzie warszawskim 3.316 osób, w zakładzie lwowskim 2.340 osób — razem 5.656 osób, a dodać jeszcze do tego należy pewną liczbę osób szczepionych w zakładzie O. Bujwida w Krakowie. Podobnie i w roku 1922 wykazano osób szczepionych w państw. Zakładzie higjeny znacznie więcej (4.215).

W Rosji niema obowiązku donoszenia o wściekliźnie.

Z krajów pozaeuropejskich są bardzo nieliczne daty. W Palestynie notowano 11 przypadków wścieklizny, wszystkie zakończone śmiercią, co w stosunku do liczby ludności (757.182 w r. 1922) stanowi liczbę bardzo znaczną.

Dok. nast.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Ludwik ROSENBERG. Łódź.

Kapillaroskopja.

Ogólny układ krwionośny człowieka można podzielić na następujące, różne co do swych czynności, układy wtórne:

1) układ pompy centralnej — serce;
2) układ rozdzielczy — tętnice;
3) układ służący do wymiany materji między krwią a tkankami — naczynia włosowate i
4) układ służący do zbierania i odprowadzania krwi — układ żylny.

Ponieważ naczynia włosowate bezpośrednio służą do wymiany materji, wolno więc powiedzieć, że trzy inne układy stoją na usługach układu naczyń włosowatych. To też dziwnem się wydaje, iż chociaż naczynia włosowate znane były już przed dwustu laty, tak mało poświęcano im uwagi, a nawet wielkie podręczniki anatomji i fizjologji przez długie lata traktowały tę sprawę pobieżnie. Dopiero począwszy od roku 1915 na nowo rzekomo »odkryto« naczynia włosowate i różni badacze równocześnie przystąpili do dokładnego opracowania anatomji, fizjologji i patologji kapillarów.

Malpighi i Leeuwenhoek, którzy pierwsi opisali naczynia włosowate, mniemali, że zbudowane są one z bezstrukturalnej błony, a ściany ich nie różnią się histologicznie od zawiązków embrjonalnych naczyń krwionośnych. Po latach wykryli Auerbach, Ebert i Hoyer — prawie równocześnie — używając metody barwienia solami srebra, że ta pozornie niezróżniczkowana błona składa się z komórek płaskich, które przechodzą stopniowo w błonę wewnętrzną tętnic i żył. Komórki te połączone są miękką, półpłynną substancją międzykomórkową. Substancja ta barwi się solami srebra na czarno, pozostają jednak po tym barwieniu miejsca wolne, które najnowsi badacze, jak Szaffer i Szymonowicz uważają za miejsca emigracji elementów komórkowych z naczyń; zaznaczają przytem, że nie istnieją one stale, ale tworzą się w rozmaitych miejscach ściany naczyniowej w miarę potrzeby. Budowa naczyń włosowatych wykazuje zresztą pewne i to dość znaczne wahania, zależnie od tego czy mamy do czynienia z gotowem już naczyniem, czy też tworzącem się dopiero, n. p. w tkankach świeżo powstających.

Jedni autorzy podają: że poza tą warstwą istnieje w niektórych kapillarach jeszcze zewnętrzna bezstrukturalna otoczka, inni — n. p. Szymonowicz nic o tem nie wspominają. Opisują natomiast stale występującą warstwę, którą uważają za »*adventitia capillaris*«; ma ona się składać z komórek gwiaździstych, których wypustki wzajemnie się łączą. Pierwszy Rouget (1873) przypisywał im własności komórek mięśniowych — kurczliwych. O badaniach Rougeta zapomniano i dopiero, po prawie 30-tu latach (1902) Zygmunt Mayer opisał je na nowo. Jego badania nie wzbudzały z początku zaufania, ponieważ wyniki otrzymywał tylko przy barwieniu przyżyciowem; ale następne badania Steinacha i Kahna a ostatnio Vimtrupa dały ostateczną pewność. Według dzisiejszego stanu badań ściany naczyń włosowatych składają się:

1) z warstwy śródbłonkowej,
2) bezstrukturalnej błony podstawowej i
3) z komórek Rougeta;

te ostatnie są, zdaje się, pozostałościami mięśniówki naczyniowej tętnic.

Budowa praekapillarów jest identyczną z wyżej podaną budową naczyń włosowatych; trzy jednak podane warstwy są w nich znacznie lepiej zróżniczkowane.

Podczas, gdy opisy przytoczone przyjmują, iż mięśniówka przechodzi stopniowo z tętnic na kapillary, gdzie ostatecznie istnieje w postaci pojedyńczych komórek mięśniowych, komórek Rougeta, inni badacze, jak Günther, Klemensiewicz i Jacobi, uważają, iż warstwa mięśniowa kończy się nagle poza punktami podziału drobnych tętniczek, tworząc w tych miejscach zgrubienia, rodzaj tam, mogących regulować dopływ krwi do naczyń włosowatych.

Tak samo jak o budowie wiele i różnie pisano także o czynności naczyń włosowatych.

I tak: cały szereg starszych autorów z Cohnheimem na czele wyraźnie podają, iż nie widzieli nigdy rozszerzenia i kurczenia się naczyń włosowatych, a Łapiński mówi, że pozorne ruchy kurczenia i rozszerzania się są bierne i wynikają z odpowiednich czynności tętnic i żył.

Druga grupa autorów jest zdania, iż kapillary posiadają zdolność samoistnego wykonywania ruchów: zwężania i rozszerzania się, lecz podczas gdy Stricker, Golubew, Tarchanow i Mares uważają, iż kurczliwość kapillarów polega na pęcznieniu komórek wśródbłonka, które przyjmują wodę z osocza krwi, a następnie mogą ją z powrotem do krwi oddawać, przy czem następuje zmiana światła kapillarów — inni autorzy, a zdanie tych ostatnich jest dzisiaj powszechnie przyjęte, uważają, iż opisane przez Rouget'a i Z. Mayer'a komórki są komórkami tkanki mięśniowej, które, kurcząc się pod wpływem podrażnienia nerwów, powodują zwężenie światła naczyń włosowatych.

Steinach i Kahn robili też odpowiednie pomiary, przekonywujące o słuszności tej teorji. Badania te zostały także potwierdzone przez Vimtrupa, Krogha i Rehberga. Udowodnili oni, iż komórki Rougeta, tak jak wszystkie włókna mięśni gładkich, reagują na podniety mechaniczne, termiczne, świetlne; że koncentracja osmotyczna otaczających je płynów, ich zawartość jonów wodorowych i wodorotlenowych, ewentualnie dodane do płynów tych ciała chemiczne, organiczne czy też nieorganiczne i, wreszcie, krążące we krwi hormony — mają mniej lub więcej wyraźny wpływ na stan kurczliwości naczyń włosowatych.

O ile jakaś substancja działa na dany odcinek naczyń włosowatych i wywołuje n. p. ich rozszerzenie, to możemy tu rozróżnić następujący mechanizm: albo jest to działanie bezpośrednie, albo też pośrednie — przez nerwy lub inną przewodzącą podniety tkankę. W działaniu bezpośredniem mieści się znów kilka możliwości; albo dana substancja działa na kurczliwość komórki wprost, albo na płytkę myoneuralną albo, wreszcie, działa na samą tkankę, w której znajdują się te komórki i zmienia ich właściwości; ponieważ obecnie nie umiemy zróżnicować sposobu tego działania, nazwiemy działaniem bezpośredniem to działanie, przy którem odczyn ogranicza się tylko do odcinka, na który zadziałaliśmy.

Przy działaniu pośredniem podnieta przenosi się albo drogą nerwów, jako odruch rzeczywisty, względnie — w wyjątkowych wypadkach — odruch osiowy (*Axonreflex*) lub też na drodze komórek Rougeta, tworzących *syncytia*.

W związku ze sprawą wpływu nerwowego na kapillary powiedzieć należy, że w roku 1863 opisał pierwszy Beale biegnące wzdłuż naczyń włosowatych dwa nerwy. Jego spostrzeżenia zostały następnie potwierdzone przez wielu autorów, którzy rozporządzali już lepszą techniką (barwienie

solami złota). Glaser i L. R. Müller tak opisują spotkane obrazy: »Naczynia włosowate objęte są siatką nerwów, powstałą skutkiem licznych połączeń dwu równolegle biegnących nerwów. Na nerwach tych zauważyć można w nierównych odstępach występujące guziczki. Niektóre naczynia włosowate otoczone są nerwem spiralnie«.

Naczynia podlegają działaniu nerwów roślinnych przyczem włókna sympatyczne przewodzą podniety, wywołujące zwężenie naczyń, włókna zaś parasympatyczne, wobec braku osobnego mechanizmu mięśniowego rozkurczowego — wywołują rozszerzenie skutkiem porażenia wpływów zwężających. Poza tem posiadają naczynia większe, własne sploty nerwowe.

Własnych splotów — Lengley'a »enteric system« — w naczyniach włosowatych dotąd nie wykryto i, według wszelkiego prawdopodobieństwa, naczynia włosowate ich nie posiadają.

Naczynia włosowate tworzą siatkę otaczającą wszystkie organy ciała. W danej okolicy ciała, naczynia włosowate mają równą wielkość, w rozmaitych narządach — różnią się znacznie zarówno pod względem gęstości siatki, jak i rozmiarów. Najgęstszą siatkę tworzą one w płucach i na siatkówce oka; podobnie przedstawia się siatka w skórze, mięśniach i na błonach śluzowych; natomiast ścięgna i tkanka łączna mają siatkę o dużych oczkach i ilość naczyń włosowatych jest tam znacznie mniejszą. W siatkach tych można spostrzegać krążenie krwi i to — zależnie od stosunków ciśnienia, — często w obu kierunkach, czasem zaś widać zupełny zastój.

Poza kapillarami istnieją jeszcze, prawdopodobnie, opisane przez Hoyer'a (w 1877 r.) bezpośrednie połączenia między drobnemi tętniczkami i żyłami. Połączenia te nazwał Hoyer kanałami odciążającemi. Ostatnio opisywał Jürgensen u hypertoników i chorych z niedomykalnością aorty takie bezpośrednie połączenia; mają one zabezpieczać naczynia włosowate przed zbyt dużem ciśnieniem i regulować tem samem normalny bieg krwi.

O ile chodzi o szybkość krążenia krwi w kapillarach, to wchodzą tu w grę następujące czynniki: światło kapillarów, ich długość, powierzchnia przekroju, pojemność i, wreszcie, ogólna ilość kapillarów. Tigerstedt podaje, że światło kapillarów wynosi około 0,007 do 0,013 mm, a długość, to znaczy odległość między zakończeniem najmniejszych tętniczek a początkiem żył, 0,2 mm; powierzchnia przekroju przeciętnie 0,000079 mm^2, szybkość 0,5 mm na sekundę; a zatem przepływa w jednej sekundzie przeciętnie ilość 0,00004 mm krwi przez każde naczyńko włosowate; ponieważ zaś objętość sekundowa serca w spoczynku wynosi 60 cm^3 = 60.000 mm^3, zaś objętość sekundowa każdego naczyńka wynosi 0,00004 mm^3, a zatem ilość kapillarów w ciele wynosiłaby $\frac{60,000}{0,00004}$ = 1.500,000,000, t. zn. taka ilość, któraby zdolną była całą ilość krwi wyrzuconą z serca pomieścić. Inne obliczenia (Nikolai) podają ilość kapillarów na 4,000.000.000; obliczenia te mają, oczywiście, znaczenie czysto teoretyczne i nie mogą być ścisłe. Możemy bowiem zawsze dostrzec, że tylko część kapillarów jest wypełnioną, inne zaś wypełniają się tylko w miarę potrzeby. Dokładne obliczenia Krogha podają n. p. że podczas gdy w spoczynku obliczano w 1 mm^2 200 naczyń włosowatych, to w mięśniach pracujących ilość ich dochodziła do 2.500.

Sposoby mierzenia ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych są dwojakie: bezkrwawe i krwawe.

Bezkrwawą, a bardzo prymitywną metodą mierzył Kriess ciśnienie w kapillarach w ten sposób, że obciążał płytkę szklaną ułożoną na grzbiecie palca tak długo, aż zauważył wyraźną różnicę barwy między obciążoną, a nieobciążoną skórą. Tą metodą otrzymał on wartość ciśnienia 37,7 milimetrów Hg., przy wyższem ułożeniu ręki otrzymywał wartości mniejsze, przy niższem — większe. Cały szereg autorów używając do swych pomiarów, czy to płytek sztywnych, czy też ucisku płynem lub gazem, i oglądając zmianę zabarwienia pod mikroskopem, otrzymywali wartości od 71 milimetrów Hg. do 7 mm Hg. Ostatecznie, najpewniejsze dane uzyskali współpracownicy Krogha-Rehberg i Carier — na drodze krwawej w następujący sposób:

Rurkę szklaną o świetle 4 mm i długości 10 cm wyciąga się w ten sposób, iż tworzy ona na końcu rurkę włosowatą o przekroju 0.01 do 0.02 mm; wypełnia się ją ciepłym roztworem fizjologicznym soli, łączy z manometrem wodnym, poczem pod mikroskopem wprowadza się jej ostry koniec do naczynia włosowatego. Jeżeli ciśnienie krwi jest wyższe, wtedy krew wpływa do rurki, za pomocą odpowiedniego podnoszenia manometru można wyrównać ciśnienie, co widać pod mikroskopem, jako tętnienie krwi synchroniczne z akcją serca, i odczytać na manometrze wysokość ciśnienia. Liczby przez nich otrzymane wynoszą 4,5 do 7,5 cm. wody; ręka badana powinna się znajdować 7 do 10 cm poniżej obojczyka.

O przepuszczalności ścian kapillarów nie mamy dotąd ścisłych danych. Z jednej strony cały szereg autorów podaje, iż zachodzą tu czynności czysto fizyczne — dyfuzji i osmozy, gdy inni wypowiadają przypuszczenie, iż prócz fizycznych właściwości musimy tu mieć także do czynienia z wydzielaniem komórek kapillarów. Trzeba jednak zwrócić uwagę na właściwości specjalne niektórych narządów. Już Heidenhain w 1891 r. zwrócił uwagę na to, iż krowa dając dziennie 25 litrów mleka wydziela w nim 42,5 gr wapnia, t. zn. 1,7 gr w litrze. Ta ilość wapnia pochodzi ze krwi, w której zawartość wapnia wynosi tylko 0,18 gr w litrze; z tego wynika, że naczynia włosowate gruczołu mlecznego mają zdolność przepuszczania znacznie większej ilości wapnia, niż naczynia włosowate innych narządów.

Klemensiewicz w ten sposób ujmuje kwestję przepuszczalności ścian naczyń włosowatych:

1) ściana kapillarów jest błoną kolloidalną:

2) znajduje się ona pod wpływem zawartej w niej cieczy;

3) ponieważ musimy przyjąć, iż krew tętnicza dopływająca do kapillarów ma we wszystkich miejscach ten sam skład, wynika z tego, iż na zdolność przepuszczania ścian kapillarów mają decydujący wpływ otaczające tę ścianę soki tkankowe, z czego znów wynika rozmaitość zdolności przepuszczania ścian naczyń włosowatych różnych okręgów naczyniowych;

4) posiada zatem ściana naczyń włosowatych jako błona koloidalna zdolność wybiórczą;

5) różnica ciśnienia hydrostatycznego jest siłą popędową ruchu płynów, między krwią a tkankami;

6) różność elementów, z których się składa naczynie włosowate, czyni możliwem przypuszczenie, że nie wszystkie składniki ściany mają te same właściwości fizyczno-chemiczne;

7) okresowość pewnych czynności narządów pozwala na przypuszczenie, że przepuszczalność może być także czasowo różną.

Jak już wspomniałem, nie zwracano w starszych podręcznikach anatomji i fizjologji wiele uwagi na naczynia włosowate. To samo można powiedzieć o stronie klinicznej. Może najwięcej i najwcześniej zajął się sprawą kapillarów chirurg Bier. Zważył on, że po zdjęciu opaski Esmarcha, t. zn. po czasowem przerwaniu dopływu krwi, występuje na danej kończynie silne przekrwienie odczynowe. Ten objaw uważał za odczyn kapillarów na czasową niedokrwistość; kapillary mają według niego zdolność przyciągania krwi tętniczej. Właściwość tę nazywa on «Blutgefühl». Bier przytacza na dowód słuszności swych zapatrywań cały szereg ciekawych doświadczeń, z których kilka najważniejszych chcę tu przytoczyć.

Przecinał w okolicy pachowej świni wszystkie tkanki, tak iż cała kończyna wisiała jedynie na tętnicy i żyle; następnie zakładał na 5 minut zacisk na tętnicę. Po usunięciu zacisku występowało przekrwienie tak samo, jak po założeniu opaski Esmarcha. Po dostatecznym dopływie krwi następowało zblednięcie kończyny. Aby dowieść, że objaw ten nie zależy od centralnego układu nerwowego, przecina w następnem doświadczeniu tętnice i łączy obie przecięte części za pomocą szklanej rurki. Otrzymuje ten sam wynik. Stąd wniosek: tkanka anemiczna przyciąga krew tętniczą, a dzieje się to bez udziału centralnego układu nerwowego.

Ale nietylko łapczywe otwieranie się kapillarów na krew tętniczą należy do pojęcia »Blutgefühl« Biera; udowadnia on także swoimi doświadczeniami, iż naczynia włosowate zamykają się energicznie broniąc się przed krwią żylną.

Odpreparowuje on tchawicę i równocześnie tętnicę udową. Zakłada następnie opaskę i wywołuje anemję; po 10 ciu minutach zatyka tchawicę i czeka, aż całe ciało nieznacznie zsinieje. Wtedy zdejmuje opaskę. Kończyna staje się na krótki czas nieco sino przekrwioną, poczem wraca do normy. Wtedy dopuszcza dopływ powietrza przez tchawicę. Po kilku oddechach następuje znaczne przekrwienie tej kończyny, która była podwiązana. W następnem doświadczeniu zdejmuje po 10-ciu minutach opaskę, poczem występuje silne przekrwienie. Wtedy zatyka tchawicę; przekrwiona kończyna zmienia naprzód ząbarwienienie na sine, a następnie blednie. Po dopuszczeniu dopływu powietrza występuje powtórne przekrwienie. Podczas całego doświadczenia bada tętno na operowanej kończynie i stwierdza tętnienie.

Jakkolwiek zarzucali fizjologowie Bierowi, że wyrażenie »Blutgefühl« jest złe, mimo te jednak żaden z fizjologów dotąd — a doświadczenia Biera były robione w 1897 i 1898 r. — nie umiał znaleźć odpowiedniejszego wytłumaczenia.

Dziwnym trafem nie zwrócono zupełnie uwagi na pracę w tym kierunku innego chirurga Huetera, który już w r. 1879 oglądał pod mikroskopem i opisał kapillary na błonie śluzowej warg.

Ostatnio Pfab i Hoche z kliniki Eiselsberga podają na podstawie badań kapillaroskopowych ścisłe wskazania dla wykonywania operacji Leriche'a.

Najłatwiejszą sposobność do obserwowania kapillarów mieli okuliści. To też pierwsze opisy dotyczące wprawdzie grubszych naczyń spojówki pochodzą z roku 1852 (Coccius). Dokładniejsze badania dotyczące naczyń włosowatych podaje Schleich (1902) a potem jego uczeń Zeller. Wyniki tych badań różnią się nieco od wyników osiągniętych przez O. Müllera — właściwego twórcy kapillaroskopji, a to głównie ze względu na różny charakter naczyń włosowatych skóry i spojówki. Opisuje on cały szereg zmian charakterystycznych dla rozmaitych spraw chorobowych, które spostrzegał na kapillarach spojówki; przestrzega jednak przed nadawaniem zbyt wielkiego znaczenia tym objawom i stawianiem tylko na tej zasadzie rozpoznania. Podaje też swoje spostrzeżenia nad działaniem rozmaitych środków farmakologicznych jak adrenalina, atropina, physostygmina, kokaina i pilokarpina. Ostatnio podaje Köppe dokładne spostrzeżenia o naczyniach włoskowatych rogówki i spojówki i zwraca szczególną uwagę na kanały derywacyjne.

Z internistów pierwszy Quinke zwrócił uwagę na tętnienie kapillarów pod paznogciami i tłómaczył ten objaw przedewszystkiem tem, iż kapillary są na tem miejscu znacznie szersze, a następnie, że wynika ono z podniesienia się ciśnienia w tętnicach, które przenosi się na kapillary. Glässner doszedł do przekonania, że nietylko stan serca ma wpływ na to tętnienie, ale że może ono też powstawać skutkiem przyczyn w obwodowej części układu krążenia. v. Noorden wypowiedział następnie przypuszczenie — na podstawie obserwacji tętnienia przy niedomykalności zastawki dwudzielnej — że nietylko podwyższenie fali tętna, względnie podwyższenie centralnej amplitudy ciśnienia, lecz także zachowanie się drobnych tętniczek może spowodować widoczne tętnienie kapillarne. W ostatnich czasach Jürgensen twierdzi, że widoczne tętnienie kapillarne jest wynikiem zwiększonej pracy lewej komory i całego układu tętniczego, Może ono wystąpić wszędzie tam gdzie naczynia są choćby czasowo uszkodzone przez toksyny.

Z badań tych wynika, że widoczne tętnienie może być wywołane albo przez podniesienie amplitudy ciśnienia w aorcie, albo też przez zmiany chorobowe w drobnych tętniczkach i kapillarach (n. p. przy porażeniu wazomotorów) i wtedy nawet aplituda normalna ciśnienia przenosi się w kapillary.

Sprawą poruszaną przez Biera zajmowali się interniści. Mathes wypowiada się o tem w ten sposób: podniesienie się ciśnienia po założeniu opaski przemawia za tem, iż istnieje obwodowa siła ssąca; czy polega ona na elastyczności przedtem uciśniętych naczyń, względnie tkanek, czy też na czynności samych kapillarów — rozstrzygnąć nie można.

Z badań nad ciśnieniem krwi w kapillarach ciekawe szczegóły podaje Landerer i Krauss. Ciśnienie w kapillarach jest u dzieci niższe, niż u dorosłych; u kachektyków i wycieńczonych ciśnienie w kapillarach i tętnicach jest obniżone. U chorych nerkowo w okresie wyrównania jest ciśnienie w kapillarach zmniejszone, mimo podwyższenia ciśnienia w tętnicach. Również zmniejszonem jest ciśnienie u sklerotyków — bez hypertensji i u diabetyków. Zwiększenie ciśnienia występuje we wszystkich przypadkach zastoiny żylnej. Przy obniżeniu ciepłoty podnosi się ciśnienie w tętniczkach, a opada w naczyniach włosowatych; jednakowoż przy podniesieniu ciepłoty objaw odwrotny nie występuje.

* * * Dok. nast.

W sprawie sprawozdania dra A. Kuczewskiego „IV. Międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy i z jego powodu uwag kilka" w Nr. 48. P. Gaz. Lekarskiej.

Wyczytawszy w Nr. 48, str. 751 P. Gazety Lekarskiej »Walka z gruźlicą w Polsce« Dra Kuczewskiego, jakoby Sanatorjum Bratniej Pomocy w Zakopanem »żyło z dnia na dzień« chciałbym, jako dyrektor Sanatorjum uczynić w czcigodnym piśmie pewne sprostowanie w tej sprawie.

Otóż Dr. Kuczewski, jest zapewne mylnie poinformowany, co do obecnego stanu »Domu Zdrowia« Bratniej Pomocy w Zakopanem, gdyż Zakład został w lecie 1924 roku gruntownie wyremontowany po przyjęciu opieki nad nim przez Radę Naczelną do Spraw Pomocy Młodzieży Akademickiej w Warszawie od Rady Nadzorczej w Zakopanem pod kierunkiem nowego Zarządu. Sanatorjum było nieczynne przez 3 miesiące, t. j. od lipca do 21. września 1924 roku, w którym to czasie przeprowadzono remont. Koszta remontu wynosiły około 15.000 Zł (założono elektryczne światło, otynkowano jeden z budynków, naprawiono centralne ogrzewanie, oparkaniono posesję i naprawiono wewnętrzny inwentarz, gdyż był w stanie nienadającym się do użycia).

Oprócz tej sumy Rąda Naczelna wyasygnowała 10.000 Zł na zapłacenie długów dawnych. Zakład nietylko, że nie upada, ale z dnia na dzień rozwija się, tak że w najbliższej przyszłości stanie na wysokości zadania. Obecnie Zarząd stara się urządzić lampę kwarcową i aparat do odmy sztucznej.

Że społeczeństwo zakopiańskie interesuje się Sanatorjum, można wywnioskować z tego, że, gdy zrobiono zbiórkę w końcu letniego sezonu, zebrano około 1200 Zł prawie od stałych mieszkańców, bowiem przyjezdnych prawie że już nie było. Trzeba tylko pracy, dobrej woli, a społeczeństwo zawsze okaże zainteresowanie i poparcie.

Dr. *Zygmunt Janiszewski*
dyrektor Sanatorjum B. P. w Zakopanem.

Oceny i sprawozdania.

Abel. Olsen. **Bakteriologisches Taschenbuch.** Wydanie 27. Lipsk 1925. (Curt Kabitzsch). Stron 166. — Cena 2·70 złotych marek niem.

Ostatnie wydanie znanego »kieszonkowego« podręcznika techniki bakterjologicznej Abla, profesora higjeny w Jenie, opracowane przez Olsena, docenta w Berlinie, różni się od 5 wydań poprzednich, przedrukowywanych bez zmiany, dodaniem rozdziału o odczynach Weil-Felixa i Sachs-Georgiego, oraz licznemi uzupełnieniami w rozdziałach o gruźlicy, kile, grypie, o hodowli beztlenowej, oraz dołączeniem nowych rozdziałów o ogólnych zasadach postępowania z materjałem do badania, o chorobie Weila i krztuścu.

Nawet w tak szybkim ruchu wydawniczym, jak niemiecki, niełatwo podręcznikowi dożyć w ciągu 35 lat — 27 wydań. Sam ten fakt wymownie świadczy o zaletach książeczki Abla-Olsena, którą dobrzeby było przetłómaczyć na polskie. ?.

Prof. Dr. H. Villard. **Consultations de thérapeutique oculaire à l'usage des praticiens.** (Porady z zakresu lecznictwa ocznego do użytku lekarzy-praktyków). 1924. (Nakładem księgarni wydawniczej Masson et Co. Paryż VI. Bould. St. Germain 120).

We wstępie zaznacza autor, że opracowane przez niego porady z zakresu lecznictwa okulistycznego bynajmniej nie są przeznaczone dla okulistów, lecz tylko dla lekarzy praktycznych, w których zakres działania wchodzą także choroby oczne. Z tego względu ogranicza V. zakres porad lekarskich do przedniego odcinka gałki ocznej i przydatków oka, które są łatwo dostępne badaniu lekarzom praktycznym, a z licznych środków leczniczych wymienia V. tylko te, które na podstawie swego osobistego doświadczenia uważa za najbardziej skuteczne.

Wskazania lecznicze są zwięźle i przystępnie opracowane, a przed każdem wskazaniem są dla przypomnienia skreślone w krótkości obrazy kliniczne poszczególnych postaci chorobowych. Tak więc wskazówki lecznicze, podane przez autora, dotyczą schorzeń powiek, spojówki, woreczka łzowego, rogówki, tęczówki, zaćmy początkującej i jaskry.

Stosunki powojenne i złączona z nimi drożyzna sprawiły, że chory z prowincji z cierpieniem dłużej trwającem, jak n. p. przewlekłe schorzenie powiek, coraz rzadziej może pozostać w leczeniu lekarza-specjalisty i z konieczności musi zasięgnąć porady lekarza-praktyka w miejscu swego zamieszkania. Wskazówki lecznicze, podane przez V., powinny być stosowane przez lekarzy praktyków, tem bardziej, że autor przy leczeniu rozmaitych postaci tych schorzeń w wielkiej mierze uwzględniać każe stan ogólny chorego.

Tak samo szczegółowo podane są sposoby postępowania leczniczego przy nieżytach spojówki rozmaitego pochodzenia. W szczególności śluzoropotok noworodków jest obszernie omówiony. V. dzieli postępowanie lecznicze przy śluzoropotoku noworodków na dwie zasadnicze grupy: na leczenie zapobiegawcze i właściwe postępowanie lecznicze. Leczenie zapobiegawcze obejmuje trzy okresy: w okresie przed porodem i podczas porodu wskazane są częste przepłukiwania części rodnych u matki, po porodzie zastosowanie zabiegu Credego u dziecka. Przy postępowaniu leczniczem rozwiniętego już cierpienia zaleca V. częste i obfite przepłukiwania oka słabymi rozczynami nadmanganianu potasu i środki ściągające (azotan srebra). Przy śluzoropotoku u dorosłych zaleca V. również śródmięśniowe wstrzykiwania mleka.

Przy omawianiu terapji jaglicy przypomina autor w osobnym dopisku, że jaglica należy do chorób podlegających ustawie o zgłaszaniu chorób zakaźnych (co obecnie i u nas także bywa przestrzeganem). Proteinoterapię stosuje także autor przy zapaleniu tęczówki i zropieniu całej gałki ocznej.

Brak miejsca nie pozwala na wyliczenie szczegółowe zapisków leczniczych, podawanych przy innych cierpieniach. O jednym jeszcze bardzo ważnym szczególe chciałbym wspomnieć, a mianowicie, że autor zwraca szczególną uwagę na rozpoznanie różniczkowe między zaćmą początkującą a przewlekłą jaskrą prostą.

W podręcznikach okulistyki nie zawsze położony jest nacisk na możliwość pomieszania obu spraw chorobowych a doświadczenie kliniczne uczy, że pomyłki w obu tych sprawach chorobowych jeszcze zawsze się zdarzają. Zwykłe prześwietlenie oka lusterkiem płaskiem może rozstrzygnąć rozpoznanie i uchronić chorego przed zgubnemi skutkami, jakie wynikają z zaniechania właściwego leczenia przy jaskrze.

Książeczka prof. Villarda zasługuje w zupełności na rozpowszechnienie wśród lekarzy-praktyków.

W. Reis (Lwów).

Prof. F. Jessen. **Die Prognose der Lungentuberkulose.** Lipsk 1925. J. A. Barth.

Jest to broszura o 14-tu stronicach, która wyszła jako 17-ty zeszyt, wydawanej przez prof. Lydję Rabinowitsch, „Tuberculose Bibliothek", poświęcona rokowaniu w gruźlicy. Dawniej rokowanie w chorobie odgrywało w praktyce lekarskiej wielką rolę, a nawet większą, aniżeli samo leczenie, a lekarz, który umiejętnie rokował, był wysoko ceniony. Dziś znów nie rokowanie, lecz rozpoznawanie wystąpiło na plan pierwszy. Nie mniej jednak ważną jest rzeczą oceniać w przebiegu gruźlicy, o ile wskutek naszych zabiegów leczniczych zmienia się rokowanie. W tej pracy przechodzi autor pokrótce cały szereg momentów ważnych w rokowaniu, jak: obciążenie dziedziczne, charakter chorego i wpływy psychiczne, tempo przebiegu choroby, obecność bakteryj we krwi, obecność jam, charakter plwociny, obraz roentgenologiczny, budowa klatki piersiowej, stan narządu krążenia i parcie krwi, krwotoki płucne, reakcje moczowe, stan przewodu pokarmowego i układu nerwowego, powikłania, reakcje krwi i inne. Autor stoi na stanowisku, że spostrzeżenia kliniczne dają znacznie pewniejsze podstawy do rokowania aniżeli laboratoryjne. Jedyny zarzut jaki należy zrobić tej dobrej pracy jest ten, że na zbyt małej przestrzeni zbyt wiele momentów jest traktowanych, co oczywiście pociągnęło za sobą pewną pobieżność w omawianiu tematu.

Dr. *M. Blassberg* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Zapiski lecznicze.

Przy leczeniu **krzywicy** należy uwzględniać momenty etjologiczne, które dzielą na: wewnętrzne obok konstytucji — dzieci przedwcześnie urodzone i bliźnięta, i na zewnętrzne: nieracjonalne odżywianie, przekarmianie mlekiem, potrawami mącznemi, brak witamin; choroby takie, jak grypa, zapalenie płuc, zaburzenia trawienne. Dzieciom wcześnie urodzonym — tran zapobiegawczo. Przy nadmiarze mleka — wodany węgla. Przy obecności stolców mydlinowych — zupka słodowa Kellera; od 6 miesiąca życia podawać zupę z jarzyn, z kaszą, codziennie 1—2 łyżki świeżego soku owocowego lub jarzynowego; po 6 miesiącu życia, jeśli są pierwsze objawy krzywicy — mleka nie więcej, niż pół litra dziennie; dzieciom starszym — zupa Czerny-Kleinschmidta. Powietrze, kąpiele słoneczne, naświetlania słoneczne, od kilku minut począwszy. Naświetlania kwarcowe. Tran! Wapień w postaci *Ca phosf.* + *Ca lacticum ana,* trzy razy dziennie na końcu noża. Adrenalina do wewnątrz lub podskórnie.

(Zt. f. aerztl. Fortb. 1924. Nr. 22).

Uczulanie skóry eozyną przy leczeniu krzywicy lampą kwarcową. W przeddzień naświetlania 10 cg *Eozini crystab (»bläulich«)* Höchst w 10 gramach wody; podzielić na trzy porcje, podawać w ciągu dnia z posiłkiem — mlekiem; smak gorzkawy, do którego się jednak dzieci przyzwyczajają. Trwanie naświetlania przewiduje ogółem 100 minut, podług takiego n. p. planu: Dwa naświetlania tygodniowo; odległość lampy 70 cm. W 1 tygodniu dwa po 5 minut; w 2im dwa po 10 minut; w 3im dwa po 15 minut; w 4-ym tygodniu dwa po 20 minut. Pierwsi tę metodę opisali György i Gottlieb w Klin. Woch. Rocznik II. Nr. 28.

(Deut. m. W. 1924. Nr. 47).

Angina pectoris może być wywołana przez podrażnienie różnych okolic układu naczyniowego. Bóle mogą wychodzić z tętnicy głównej, jej części pierwszej (aortalgja, nerwoból zwoju aortalnego — na tle kiły lub dny); mogą zależeć od schorzenia naczyń wieńcowych — wtedy ból powstaje w samem sercu i jest przeprowadzany przez nerwy sympatyczne do rdzenia. Trwający skurcz tych naczyń, i to ukrwienie serca, doprowadza do martwicy mięśnia sercowego. Jeżeli ciężkie napady dusznicy bolesnej mijają — zależy to od zaczopowania stopniowego, ale zupełnego małej gałązki naczyń wieńcowych. (D. med. W. 1924. Nr. 43). Referent słyszał z ust Hocharda inne tłumaczenie mechanizmu ustąpienia najcięższych nawet napadów dusznicy bolesnej: pod wpływem niewiadomego bodźca życiowego w mięsień sercowy — źle odżywiony — wrastają naczynia komórkowe tkanki tłuszczowej otaczającej serce.

Chininę przy zimnicy podawać należy wyłącznie o 2 do 3 godziny przed spodziewanym napadem; podawać w łyżce marmolady owocowej i to w 1—2 godziny po obfitszym po-

siłku (kiedy ilość soku żołądkowego jest znaczniejsza). W przypadkach na chininę opornych — stosować chinidynę.

(D. med. Woch. 1924. Nr. 39).

Wapń, jako środek przeciw rozwolnieniom. Polecają go z wielu stron. Jako *kalzan* — po 4 do 10 gramów dziennie, jako *larosan* — dzieciom. Zdaje się, że nie jest to tylko *adstringens;* działa przyczynowo, tłumiąc fermentację, a może i wpływając na nabłonki kiszek i na naczynia.

Boas poleca przepis:

Rp. *Calc. carbon.*
« *phosphor, ana.*
trzy razy dziennie po łyżeczce; można dodać
orpholi 5 gr
(przetwór bizmutu i beta naftolu).

Najtańszą postacią leczenia wapniem jest stosowanie skorupek jaja kurzego, wysuszonych i bardzo miałko tłuczonych. Podawać należy przetwory wapnia naczczo, a w każdym razie na pusty żołądek.

Wskazania: *achylia gastrica (diarrhoea gastrogenes); Morb. Basedovii* razem z pankreonem. Nieżyty kiszek u dzieci: współcześnie — djeta.

Przeciwwskazane są związki wapnia przy owrzodzeniach kiszkowych n. p. *Colitis ulcerosa, Diarrhoea tuberculos.*

(D. m Woch. 1924 Nr. 44)

Zamiast *calcium carbonicum* podawać można też kredę sproszkowaną — jako tańszą, a tak samo działającą. Pamiętać należy o bardzo uporczywem zaparciu (kamienie kałowe), jakie pociąga za sobą zbyt długie podawanie przetworów wapnia.

(D. med. W. 1924. Nr. 25).

Naparstnicę przed operacjami chirurgicznemi chorym zdrowym polecają niektórzy chirurdzy. Jakkolwiek badania doświadczalne Hoffmanna (Kl. W. 1924. Nr. 40) przemawiają za tem, że na serce zdrowe naparstnica działa, to jednak słusznie Willert oponuje przeciw przenoszeniu wyników doświadczalnych do kliniki, gdzie za iluzję należy uważać przypuszczenie, by zapobiegawcze podawanie naparstnicy zdrowemu, mogło go zabezpieczyć od pooperacyjnego osłabienia mięśnia sercowego.

(Ther. Mon. 1924. Nr. 12).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.
T. XXXIX, Z. 4. Wrzesień. 1924.

N. Allison. **Chirurgja stawu kolanowego.** Zabiegi operacyjne na stawie kolanowym nie są niebezpieczniejsze przy obecnym stanie chirurgji — od zabiegów na innych częściach ciała — t. zw. zachowawcze postępowanie przy cierpieniach stawu kolanowego nie jest w rzeczywistości zachowawczem, gdyż najczęściej nie przywraca funkcji stawu — zachowawczemi powinno się nazywać właśnie postępowanie operacyjne, gdyż według dotychczasowych wyników — ono raczej — prowadzi do zachowania czynności.

W uszkodzeniach wewnętrznych stawu kolanowego: jak uszkodzenia chrząstek, więzadeł, ciała wolne: w przewlekłem zapaleniu torebki stawowej leczenie operacyjne (w przewlekłem zapaleniu stawu — wycięcie torebki) w 80—90% przywraca w zupełności funkcję stawu (Allison, Goldthwait, Swett, Jones) W cierpieniach ostrych — ogromne znaczenie posiada rychłe rozpoznanie, gdyż z chwilą gdy wytworzy się ubytek chrząstki — pokrywającej powierzchnie stawowe — powrót do (zupełnej) normalnej ruchomości stawu jest niemal wykluczony. Stąd w przypadkach niejasnych nacięcie próbne stawu jest uzasadnione. W przypadkach zaburzeń ropnych wczesne nacięcie i umożliwienie odpływu ropy. Gosset podczas wojny wszystkie zranione stawy kolanowe zaraz po przybyciu do szpitala otwierał, usuwał chore tkanki i zeszywał albo pierwotnie, lub wtórnie po wyjałowieniu — wyniki miał doskonałe.

Willems postępował podobnie, pobudzając chorych zarówno z zranieniami stawów zeszytymi pierwotnie, jak i setonowanymi — do jak najwcześniejszych ruchów czynnych. Sposób Willemsa, wypróbowany przez autora na 18 przypadkach dał wyniki zdumiewające (w 16 pełna ruchomość stawu, w 2 zesztywnienie).

W armji francuskiej podczas ostatniej wojny z chwilą, kiedy zaczęto stosować wczesną artrotomję, *débridement*, i zeszycie na ślepo (do 36'h po zranieniu) i bezpośrednią mobilizację kończyny śmiertelność z 27,5% spadła na 1% ilość amputacyj z 30% na 2,8%. Dobre czynnościowe wyniki uzyskano w 86,5%.

W *gonitis gonococcica* — w stadjum ostrem — z podniesieniem ciepłoty i naciekiem torebki stawowej A. poleca artrotomję — usunięcie zgrubiałej torebki, przemycie stawu roztworem fizjologicznym i zeszycie pierwotne. W przewlekłem zapaleniu z obfitym wysiękiem można próbować — autoseroterapji (wstrzyknięcie punktatu pod skórę, ale pewniejsza artrotomja.

W gruźlicy stawu kolanowego autor zajmuje stanowisko skrajne — leczenie zachowawcze rzadko daje dobre wyniki — u dorosłych lepiej zawczasu wykonać resekcję stawu, niż tracić czas na próby zachowawcze. U dzieci lepiej czekać, gdyż wiele gruźlicy dziecięcej goji się z zachowaniem ruchomości stawu, jakkolwiek i przy tym zachowawczym sposobie leczenia skrócenie kończyny — z powodu nieużywania przez szereg lat w okresie wzrostu — nie da się uniknąć, o ile leczenie zachowawcze jest do przeprowadzenia u dzieci należy usuwać tylko chrząstki stawowe.

E C. Mason **O krzepnięciu krwi.** Pomijając śmiertelność z zaczopowania tętnicy płucnej — wynoszącą około 0,07% — trzy czwarte powikłań płucnych i zejść śmiertelnych po operacjach — pochodzi od embolji naczyń płucnych. M. przeprowadził badania doświadczalne nad wpływem różnych czynników na krzepliwość krwi — wychodząc z spostrzeżenia Duppy'a i Blamwiele'a, że wyciąg z tkanki mózgowej wstrzyknięty śródżylnie zabija zwierzę doświadczalne natychmiast z powodu skrzepnięcia krwi w naczyniach badał wyciągi różnych tkanek i próbował je *in vivo et in vitro.*

Najsilniej skraca czas krzepnięcia wyciąg z tkanki mózgowej (7' 45" czas krzepnięcia normalny, po wstrzyknięciu wyciągu mózgu 0' 58½") następnie z tkanki płucnej (1' 5"). Wyciągu z błony wewnętrznej naczyń, która ma działać najsilniej, nie badał. Czas krzepnięcia przedłużał się przy równoczesnem podaniu antikoagulenu — wyciągu z wątroby *(liver phosphatid Mc Lean).* Antikoagulen w ilości 0,001 gr. znosi działanie 0,1 gr wyciągu z tkanki płucnej. Przy operacjach prócz uszkodzenia naczyń — uszkadza się wiele tkanek, których sok dostając się do obiegu krwi zwiększa krzepliwość krwi i stwarza warunki do powstania zaczopowań. Fakt ten potwierdza również spostrzeżenie, że nie opisano dotychczas embolji u osobnika z hemofilją. Dlatego poleca podawanie antikoagulenu w ilości 0,80 gr w stanach gdzie chodzi o zmniejszenie krzepliwości a specjalnie przy transfuzjach krwi.

L. Carp. **O pozaotrzewnowej pachwinowej przepuklinie pęcherzowej z specjalnem uwzględnieniem znaczenia tłuszczu przedpęcherzowego.** Przepukliny pęcherzowe pachwinowe mogą być: 1. »śródotrzewnowe« — pęcherz jest otoczony workiem przepuklinowym; 2. »para-peritonealne«: worek częściowo otacza pęcherz; 3. »pozaotrzewnowe«: pęcherz nie pozostaje w żadnym związku z workiem przepuklinowym.

Dla rozpoznania przed operacją ważne: 1. wywiad 2 obecność szerokiego pierścienia przepuklinowego, 3. nieznaczne lub brak powiększania się przy kaszlu; 4. zwiększanie się przepukliny równocześnie z wypełnianiem się pęcherza; 5. przy ucisku na worek można wycisnąć mocz przez cewkę moczową; 6. wstrzyknięcie jodku lub bromku potasu do pęcherza — w Röntgenie widoczny uchyłek; 7. cystoskopja.

Podczas zabiegu: 1. obecność tłuszczaka przed-pęcherzowego, czasem z własną torebką i wtedy trudnego do wyłuszczenia; 2. brak worka przepuklinowego, 3. podstawa guza nie prowadzi do jamy otrzewnowej. ale za kość łonową 4. obecność szerokiego pierścienia przepuklinowego; 5. wypełnienie się worka przy napełnianiu pęcherza 6) szmer w uchyłku; 7. mocz wydobywający się przy nacięciu.

Rozpoznanie naogół rzadko postawiono; na 110 przypadków (Eggenberger) przepukliny pęcherzowej wogóle rozpoznano 18 razy, a z tego otwarto pęcherz przy operacji 5 razy. Naogół rzadkie schorzenie (61 przypadków) spotyka się między 30 a 50 rokiem życia u mężczyzn po stronie prawej — objawy uwięzgnięcia występują rzadko. W etjologji gra największą rolę tłuszczak przedpęcherzowy obecny zawsze.

Baumgarten i Thomas. **Tętniak tętnicy śledzionowej.** Opis przypadku. Na 40 przypadków tętniaka *Art. lienalis* opisanych dotychczas — 6 poddano zabiegowi operacyjnemu i wyzdrowiało 4. Rozpoznano przeważnie przy operacji lub autopsji — objawy charakterystyczne: napadowe bóle w *epigastrium,* krwawienie z żołądka, guz śledziony, tętniący guz w nadnerczu z charakterystycznym szmerem. Badanie Röntgenem pozwala wykluczyć guz żołądka. Tętnienie i guz niezawsze stwierdzano, tak, że najczęściej rozpoznanie pozostaje niejasnem. Śmierć następowała najczęściej z powodu pęknięcia tętniaka.

Lauwers. **O resekcji szczęki górnej.** L. poleca do resekcji szczęki górnej cięcie pionowe przez środek wargi dolnej — wzdłuż dolnego brzegu szczęki dolnej do kąta jej i ku górze do płatka usznego — części miękkie oddziela od kości podokostnowo przecina załamki na wyrostkach zębodołowych dolnych i górnych i cały płat z części miękkich — oddzielony aż do oczodołów unosi ku górze. Unika w ten sposób blizn oraz obrażeń nerwów i wyniki w 3 przypadkach były bardzo dobre. Jamę ustną przed zabiegiem kosmetycznie przygotowuje przez czas dłuższy, prócz tego wzmaga odporność chorego wstrzyknięciem surowicy przeciw streptokokowej.

A. Wren i J. Tennenbaum. **O wstrzykiwaniach terpentyny przy zapaleniach najądrza.** Leczyli 100 przypadków zapaleń najądrza — śródmięśniowemi wstrzykiwaniami 20% terpentyny w oliwie — w ilości ½—1 cm³ co drugi dzień i osiągnęli dobre wyniki — ból ustaje już po pierwszem wstrzyknięciu. Przeciętnie potrzeba było 3—4 wstrzyknięć.

C. Heyman. **O uruchomieniu sztywnych stawów metacarpophalangealnych.** W przypadkach zesztywnień w ekstensji stawów palców na tle długotrwałego unieruchomienia, które leczeniem ortopedycznem uruchomić nie dały się — z małego cięcia podłużnego po stronie grzbietowej — nacinał poprzecznie pół obwodu torebki stawowej i palce zginał w opatrunku na kilka dni — potem ruchy czynne i bierne. Do trzech tygodni daje się osiągnąć czynną i bierną ruchomość.

J. Buchstein. **Nowy sposób do rozpoznawania guzów głowy trzustki.** Przy guzach głowy trzustki łuk, jaki tworzy dwunastnica jest odcinkiem większego koła niż normalnie. Przez podawanie baru *per os* nie daje się to stwierdzić, gdyż bar wypuszczany partjami przez wziernik przechodzi szybko przez dwunastnicę i nie wypełnia jej całkowicie. B. wprowadza zgłębnik zakończony metalem z otworami po bokach do poprzecznej części dwunastnicy i przez zgłębnik wprowadza bar. Tą drogą udaje mu się wypełnić całą dwunastnicę. Dr. *A. Gruca* (Lwów).

Klinische Wochenschrift.
Z. 50. 1924.

Noeggerath i Eckstein. **Przyczynek do oceny phtiseoterapeutycznych wyników u dzieci.** Autorowie wychodząc ze słusznego założenia że prace phtiseoterapeutyczne nie wytrzymują krytyki, ponieważ 1 obejmują zbyt szczupły materjał, 2. stosują zbyt krótki czas spostrzegania, 3. zbyt optymistycznie ujmują pojęcie wyleczenia i 4. nie dają równocześnie możności porównywania z wynikami osiągniętymi bez leczenia tuberkuliną — przeciwstawiają im swoje badania. Wynika z nich 1. że w obserwowanej przez N. i E. epidemji odry i kokluszu nie wystąpiło ogólne uczulenie gruźlicy dziecięcej, 2. że zabiegi i opieka lekarska nie mogą sobie tego poczytać za zasługę własną, bo 3. ten brak zdolności do uczynniania gruźlicy przez odrę i koklusz ma znaczenie powszechne, inaczej musiałby wzrost śmiertelności w takich epidemjach szczególnie wskutek gruźlicy prosówkowej, uwydatnić się na odnośnej krzywej, co nie odpowiada rzeczywistości, 4. ta »próba obciążenia« gruźlicy dziecięcej, jaką są te zakażenia zawiodła i 5. spadek odporności tuberkulinowej w przebiegu pewnych schorzeń zakaźnych nie jest równoznaczny z istotną odpornością, dzieci na gruźlicę. W dalszym ciągu wynika z badań w sposób niedwuznaczny intermittujący chroniczny przebieg gruźlicy dziecięcej, co winno być ostrzeżeniem dla zbyt wielkiej liczby optymistycznie nastrojonych phtiseoterapeutów z ich krótkim czasem spostrzegania, oraz fakt, że linja wzrostu wagi i wysokości dzieci gruźliczych nie odbiega daleko od normy. Wszystkie zaś te dane uzyskali autorzy u dzieci bez tuberkuliny

Spiro i Pfanner. **O konstytucjonalnej eozynofilji w przewlekłych schorzeniach stawowych.** W obrazie krwi tego rodzaju chorych zauważyli S. i P. po podaniu pozajelitowem białka nie jak to bywa zwykle neutrofilję z eozynopenją, lecz właśnie zwiększanie się liczby eozynofilów lub wogóle zaznaczanie się ich; tą właściwość stwierdzili też jako zjawisko rodzinne i przypisują jej pewne znaczenie dla wyświetlania etjologji niezdecydowanych w podziale swoim przewlekłych schorzeń stawowych.

Brünning. **Odżywianie się ściany naczyń.** W zdrowych tętnicach odżywia błonę wewnętrzną *(intima)* i środkową *(media)* prąd krwi a oddalenie się błony zewnętrznej (*adventitia*) wraz z *vasa vasorum* nie uszkadza obu warstw naczyniowych. Odżywienie błony zewnętrznej zależy od *vasa vasorum.* 2. Z postępującą miażdżycą staje się odżywianie ściany naczyniowej zależnem od dopływu krwi przez *vasa vasorum,* tak, że wyłączenie ich z tej czynności prowadzi do martwicy ściany naczyniowej. W pewnych przypadkach nie następuje to uszkodzenie nawet przy miażdżycy znacznego stopnia.

Hirsch. **Przyczynek do problemu działania jonów w tężyczce przytarczycznej.** Sole strontu w dwóch ciężkich przypadkach *tetania parathyreopriva* przyniosły wybitną poprawę stanu — z czego autor wnosi, że katjon strontowy posiada wybitne działanie przeciwtężyczkowe podobnie, jak to ma miejsce w solach magnezowych i amonowych.

Vollmer. **W sprawie chemizmu krwi po farmakologicznem podrażnieniu nerwu błędnego.** Farmakologiczne pobudzenie układu nerwu błędnego przy pomocy pilokarpiny i choliny nie dało — po uwzględnieniu wartości przeciętnych i zagęszczenia krwi — żadnych poważniejszych zmian w zawartości surowicy krwi *Ca* — i *K.*

Kaufmann. **Przyczynek do teorji i praktyki opadania krwinek.** Zjawisko opadania krwinek zależy przedewszystkiem od fizyczno-chemicznego stanu osocza, tak, że przy użyciu stałych objętości krwinek i wykluczeniu z nich silnie patologicznie zmienionych można ten odczyn uważać za jeden z odczynów na chwiejność z erythrocytami, jako wskaźnikiem.

K. Meyer. **Znaczenie enterokoka w zakażeniach dróg moczowych i żółciowych.** Enterokok lub *streptococcus faecalis* przedstawia szczególny typ streptokoka. Ma duże podobieństwo z pneumokokiem, da się jednak tak od niego, jak i od innych typów streptokoków z całą dokładnością odróżnić. Zwykły mieszkaniec jelit może się stać chorobotwórczym, gdy wniknie do innych narządów. Znajduje się go też często w procesach ropnych, stojących w jakimś związku z jelitami, dalej w zapaleniach pęcherza i miedniczek nerkowych a przedewszystkiem w zakażeniach dróg żółciowych, gdzie pod tym względem nie ustępuje w znaczeniu swem prątkowi okrężnicy. Zakażenia paciorkowcowe dróg żółciowych są z małymi wyjątkami spowodowane przez enterokoka przyczem przyjąć dla nich należy źródło enterogenne, podobnie, jak dla *b. coli,* z którem enterokoki w sposobie i umiejscowieniu działania chorobotwórczego okazują uderzającą analogię.

A. Hiege. **»Pierwotny« nabłoniak kosmówkowy (chorionepithelioma) wątroby pod obrazem klinicznym przedziurawiającego wrzodu dwunastnicy z krwotokiem.** Streszczenie przypadku nie mówi więcej, niż obszerny tytuł.

Nr. 51.

Heeres i Russchen. **Zmiany kształtów erytrocytów we krwi żyły śledzionowej.** Zmiany kształtu ciałek czerwo-

nych, uzyskanych z krwi żyły śledzionowej królików o usuniętej śledzionie lub też z żyły śledzionowej na krótko przedtem zabitych zwierząt badane w preparacie mikroskopowym 10% zawiesiny ciałek we własnem osoczu — wskazują na to, że w śledzionie działa pozaciałkowo jakiś czynnik hemolityczny. Czynnik ten zadziaływuje pierwotnie na powierzchnię ciałek, zmienia jej napięcie i tą drogą powoduje zmianę kształtu.

Gudzent. **Działanie małych dawek promieni γ (radium i mesothorium) na thyreotoxykozy i chorobę Basedowa.** Sprawozdanie z 35 przypadków leczonych tym sposobem z powodzeniem i to bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego i przeszkód zawodowych.

Gubergritz i Iszczenko. **Przyczynek do djagnostyki schorzeń jamy brzusznej.** Autorowie używali do tego celu znieczulenia przykręgowego, polegającego na znikaniu dolegliwości bólowych ze strony różnych narządów jamy brzusznej po blokadzie odpowiednich *rami communicantes* przez wstrzyknięcie doń minimalnych dawek środków znieczulających. W ten sposób udało im się zróżnicować schorzenia żołądka, dwunastnicy i wątroby z jednej, od schorzeń wyrostka robaczkowego, nerek i narządów miednicy z drugiej strony.

Mendel, Wittgenstein i Wolffenstern. **O perlingualnem podawaniu insuliny.** Ten sposób podawania insuliny w postaci tabletek insulinowych (Dr. Silter, Fabrik chem. pharmaz. Präparate, Berlin, Karlsstrasse) dorównuje sposobowi podskórnemu, jednak z użyciem trzykrotnej jego dawki.

Heubner, S. E. De Jong i Laquer. **O wziewaniu insuliny.** I przy tych próbach stwierdzili autorowie spadek zawartości cukru we krwi, metoda jednak, jak i poprzednia bardzo dogodna, wymaga jeszcze dalszej rozbudowy.

Nitzesku. **Wpływ promieni pozafiołkowych i promieni X na insulinę.** Naświetlanie tymi promieniami nie spowodowało żadnych zmian w działaniu insuliny na poziom cukru we krwi królika.

Leven. **W sprawie leczenia krysolganem.** Po dawce 0,001 podskórnie wystąpienie burzliwych objawów ze strony układu nerwowego. Dawka więc 1 mgr. nie jest wolna od niebezpieczeństw groźnych skutków ubocznych.

Nr. 52.

Abelin i Miyzaki. **Wpływ pozajelitowo wprowadzonego mleka na bilans »statyczny« (Ruhe-Umsatz) i na specyficzno dynamiczne działanie mięsa.** Próby z wstrzykiwaniem mleka zwierzętom doświadczalnym wykazały brak wpływu, jakiegokolwiek na bilans statyczny, natomiast widoczny zupełnie wpływ na specyficzno-dynamiczne działanie mięsa. Daty odnośne z przemiany materji – ilustrowane są szczegółowemi zestawieniami.

Mausfeld. **Próby chirurgicznego leczenia cukrzycy.** Podwiązanie części trzustki u psów prowadziło do stanu, w którem zwierzęta przy doskonałym stanie zdrowia i odżywiania zachowywały się tak, jakby ustrój ich posiadał więcej insuliny, niż w normie.

Helweg. **»Zacinające« się palce (schnellende Fingrr) u chorych na polyartritis.** Autor uważa *»doigt à ressort«* za wcale częste powikłanie gośćca stawowego, spowodowane łatwością powstawania uszkodzeń urazowych ścięgien i pochewek u tego rodzaju chorych.

Ernst i Förster. **Oznaczanie bilirubiny krwi.** Oznaczanie ilości bilirubiny zawartej w surowicy krwi (prawidłowo 0,5 miligramów w 100 cm³ surowicy krwi) ma dlatego tak wielkie znaczenie, że wartości zbliżone do 0,5 mg wskazują na stan utajonej żółtaczki. Metoda autorów jest prostą i szybką, bo strącenie białka acetonem pozwala bez uciekania się do dalszych reakcyj chemicznych oznaczyć zawartość bilirubiny kolorymetrycznie. Metoda ta, szczegółowo opisana, ma i tę wielką zaletę, że pozwala też dokładnie oznaczyć niskie stopnie bilirubinemji.

E. Krajewski (Bielszowice, G. Śląsk).

Internacia Medicina Revuo.

T. II. Z. 6. 1924.

J. B. Primmer. **Leczenie surowicą ludzką.** Autor uzyskał znakomite wyniki lecznicze, stosując leczniczo surowicę, uzyskaną z pęcherza, wywołanego pod skórą przez nałożenie plastra pryszczawkowego (kantarydowego). Sposób ten stosował: 1. przy silnych krwotokach u krawców; 2. u dziecka z pęcherzycą (*pemphigus*), poprzednio bezskutecznie leczonego, któremu zastrzyknął podskórnie surowicę matki. 3. Stosował z dobrym skutkiem surowicę ozdrowieńców przy dooskrzelowem zapaleniu płuc (*bronchopneumonia*), przy odrze i krztuścu. 4. Z dobrym skutkiem stosował przy gorączce połogowej mieszaninę szczepionki przeciwstreptokokowej ze surowicą ludzką, przyczem obserwował bardzo rychły spadek gorączki i powrót do zdrowia. 5. Obecnie robi on doświadczenia z mieszaniną ludzkiej krwi toksycznej z ludzką surowicą antitoksyczną.

Autor widzi w tej metodzie bardzo obszerne pole do dalszych działań leczniczych, wielce obiecujące.

Blassberg (Kraków).

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

T. XXVIII. Z. 3. Czerwiec 1924.

Otto Corsdreps. **Cor biloculare przy situs viscerum inversus.** Przypadek wrodzonej wady sercowej u 4-miesięcznego niemowlęcia badany pośmiertnie. Serce prawie trzykrotnie powiększone uciska na sąsiednie płaty płucne, tworząc atelektazę, a położone przeważnie po prawej stronie od linji środkowej przy *situs viscerum inversus*. Serce to składało się z 2 przedsionków i tylko jednej komory, skutkiem czego wprowadza do obiegu krew mieszaną żylnotętniczą. Klinicznie objawiało się to w postaci ogólnej sinicy (*morbus caerulens*).

Kliniczne objawy były następujące: Sinica przetok zewnętrznych, serce wypukiem znacznie powiększone, rozwój fizyczny znacznie cofnięty, tętno stale zwolnione.

Bruch. **O plamie mongolskiej przy wadach wrodzonych.** Plamy mongolskie u człowieka są z jednej strony pochodzenia atawistycznego, czego dowodem są komórki barwikowe (t. zw. *Mongollenzellen*) występujące stale w późnym okresie płodowym, lub nawet w okresie noworodka, najczęściej w głębszych warstwach skóry okolicy lędźwiowej. Z drugiej strony są one wypływem anomalji rozwojowej zawiązka płodowego. Cały szereg wymienionych w piśmiennictwie przypadków wad rozwojowych, którym towarzyszyły plamy mongolskie stwierdza to ostatnie przypuszczenie. Autor przytacza przypadek mongolskiej postaci idjotyzmu, wady rozwojowej pępowiny i ramienia, który również odznacza się plamą mongolską. Związek między plamą mongolską a mongolską postacią idjotyzmu jest o tyle znamienny, iż ten ostatni jest również przejawem atawizmu po małpach antropoidalnych.

Ettig. **O rozpoznaniu różniczkowem między pleuritis mediast. post. a naciekiem w nieprawidłowym płacie płucnym.** Kazuistyka.

Beck. **O klinice żółtaczki hemolitycznej u dziecka.** I. Rzadki przypadek żółtaczki hemolitycznej u 5-miesięcznego dziecka, w przebiegu której stwierdzono t. zw. kryzy hemolityczne z charakterystycznem wzmożeniem żółtaczki i zawartości barwika żółciowego w surowicy krwi, obok tego typowy obraz krwi i zmniejszenie oporności krwinek czerwonych. Podczas, gdy środki lecznicze wewnętrzne zawiodły, to po ekstyrpacji śledziony stan ogólny natychmiast się poprawił.

II. Liczne przypadki z piśmiennictwa, jakoteż 2 przypadki przez autora przytoczone wskazują niezbicie na związek, zachodzący między głową wieżowatą, a żółtaczką hemolityczną. Bliższe wyjaśnienie nieznane.

Rühle. **3 przypadki śmierci wskutek aspiracji po karmieniu papką u niemowląt.** 3 przypadki zejścia śmiertelnego u młodych niemowląt karmionych papką z powodu aspiracji gęstej treści żołądkowej i następowego aspiracyjnego zapalenia płuc winny być ostrzeżeniem przed zbyt pochopnem sto-

sowaniem diety papkowej u młodszych niemowląt, zwłaszcza zaś u takich, które są skłonne do wymiotów.

Peiser. **Przyczynek do znajomości proporcji ciała u dziecka w okresie rozwojowym.** Statystyczne daty zebrane na materjale 335 dzieci, tyczące się stosunku wysokości siedzeniowej do długości ciała w ciągu wzrostu fizycznego dziecka. Wedle tych dat stosunek ten, zwany wskaźnikiem wysokości siedzeniowej zmniejsza się do 13-go roku, by odtąd stale i zwolna się wzmagać.

Gerlach. **O zapobiegawczem szczepieniu odwłóknioną krwią dorosłych przy odrze.** Odwłókniona krew dorosłych, którzy przebyli odrę, uodparnia skutecznie przeciwko odrze jedynie wtedy, gdy stosuje się ją w ilościowo dostatecznej dawce, a to dla dzieci od 3 do 20 miesięcy conajmniej 30 cm^3, podczas gdy dla dzieci starszych począwszy od 40 cm^3.

U dzieci, które otrzymały mniejsze dawki krwi odwłóknionej, wynik uodpornienia nie był zupełny.

Zastrzyknięcie krwi odwłóknionej przedstawia większe korzyści aniżeli surowicy.

Picard. **Leczenie djatermją ostrego porażenia rdzeniowego dzieci.** W przeciwieństwie do dotychczasowego, symptomatycznego sposobu leczenia ostrego porażenia rdzeniowego u dzieci ma być stosowanie diatermji we wczesnym okresie tego schorzenia leczeniem czynnem skierowanem przeciwko pierwotnemu ognisku chorobowemu w rdzeniu pacierzowym. Prąd djatermiczny wywołuje w niem bowiem czynne przekrwienie, które jak wiadomo, działa pomyślnie na wszelkie procesy zapalne. Na 31 przypadków tego schorzenia udało się autorowi tym sposobem wyleczyć 10, a więc przeszło 50%.

Hescheles (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Archiwum Higjeny pod redakcją prof Uniwersytetu wileńskiego Dra K. Karaffy-Korbuta Adres redakcji: Wilno, Wielka 24. m. 6. Cena zeszytu 4 zł. Pierwszy zeszyt T. I. r. 1925 zawiera 116 str. Treść: H. Safarewicz: Badanie książek szkolnych pod względem higjenicznym. — Prof. W. Gądzikiewicz: Zależność pomiędzy ciężarem właściwym, porowatością i wilgotnością chleba. — W. Karaffa-Korbut: Przyczynek do oznaczania czasu trwania dezynfekcji zapomocą danych termodynamicznych.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna T. III. zeszyt 3—4, r. 1924. K. Orzechowski: O działaniu przeciwbólowem jadów wybiórczych wegetatywnych. — A. Straszyński: O znaczeniu chwiejności koloidalnej ciał białkowych krwi w odczynach serologicznych. — W. Lipiński: Wartość odczynu Kodamy w serodjagnostyce kiły. — St. Kaczyński: Zawiesina krwinek a odczyn Wassermanna. — R. Amzelówna: Badania nad odczynem Weil-Felixa. — E. Maydell: Zagadnienie o sekretynie żołądkowej. — W. Moraczewski: O wpływie djety tłuszczowej na wydzielanie wody. — J. Supniewski: Badania nad mechanizmem zakażenia i odporności zwierząt względem wąglika. — M. Kacprzak i S. Adamowiczowa: Wyniki ankiety w sprawie rejestracji przyczyn zgonów w miastach polskich. — L. Hirschfeld: Sprawozdanie z działalności naukowej Państwowego Zakładu Higjeny i Państwowego Zakładu Badania Surowic.

Nowiny Lekarskie Nr. 13. r. 1924: Sprawy społeczno-lekarskie.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1924. zesz. 11. cena 2 mk. niem. Treść: 1) Gilbert. Rozpoznanie i leczenie nowotworów śródocznych. 2) Prof. Schneider. Przegląd piśmiennictwa oftalmologicznego. 3) Prof. Manasse: Guzy gruźlicze różnych dróg oddechowych. 4) Prof. Manasse: Nowotwory nerwu słuchowego. 5) Greve: Stare i nowe zagadnienia dentystyczne.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. - Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXIII. Posiedzenie naukowe w dniu 5 grudnia 1924 r.

Przewodniczy Prof. Zalewski.
Obecnych 93 członków.

1) Kol. Schramm przedstawia dwa przypadki **wycięcia częściowego wątroby** oraz jeden przypadek **torbieli przewodu żółciowego wspólnego** (przeznaczone do druku).

2) Kol. Demianowska przedstawia przypadek **Poliencephalitis superior typu Wernickego.** Badana zachorowała przed trzema miesiącami. Początkowo skarżyła się tylko na podwójne widzenie i niemożność podnoszenia powiek, jakoteż spozierania na boki. Z czasem przyłączyły się do tych objawów zaburzenia w połykaniu i utrudnienie mowy. Na klinice tutejszej 13. X. stwierdzono:

Porażenie mięśni zaopatrywanych przez nerw okoruchowy i odwodzący, obustronny niedowład n. twarzowego w obrębie wszystkich 3 gałązek, obustronne porażenie podniebienia. W czasie pobytu na klinice przyłączyły się objawy ze strony nerwu błędnego, a mianowicie napadowo występująca duszność i zwolnienie tętna. Osłabienie obu żwaczów i mięśni zaopatrywanych przez n. dodatkowy. Po tygodniu trwania ciężkich objawów ustąpiły zaburzenia nerwu błędnego, ustały napady duszności, następnie powoli poprawiają się inne objawy. Najuporczywiej utrzymuje się niedowład mięśni zaopatrywanych przez n. odwodzący i m. prostych górnych. Przez cały czas trwania choroby nie było podwyższenia temperatury. Drogi motoryczne i czuciowe stale są niezajęte — również brak objawów atakytcznych. Charakterystycznem w przypadku tym jest wyłączne zajęcie jąder mózgowych nerwów mózgowych. Z tego też powodu rozpoznano: *Poliencephalitis superior et inferior.*

W dyskusji Kol. Rothfeld zaznacza, że ma obecnie w obserwacji przypadek, dotyczący 22-letniej osoby, która zachorowała nagle wśród objawów stopniowo rozwijającego się porażenia połykania, języka i wiotkiego porażenia kończyn górnych i dolnych, głównie w zakresie łuku barkowego i miednicowego. Żadnych zaburzeń czucia ani pęcherza. Przebieg bezgorączkowy. R. przypuszcza, że chodzi o zakażenie pokrewne lub identyczne z nagminnem zapaleniem mózgu.

3) Kol. Naróg przedstawia przypadek **wrodzonych skórzaków spojówkowych obu gałek ocznych** u jednego z bliźniaków (przeznaczone do druku).

4) Kol. Laskownicki: a) Sześć przypadków **po operacji z powodu kamicy żółciowej.** W jednym z tych przypadków wykonano wycięcie woreczka i choledochoduodenostomję; b) dwa przypadki wycięcia wola, z których w jednym nastąpiło zwapnienie jednego płatu (*struma calcarea*). W drugim, po podwiązaniu naczyń i wycięciu jednostronnem wola z powodu znacznego krwotoku, musiano poprzestać na wykonaniu t. zw. *exothyreopexia.* Wynik zupełnie dobry.

W dyskusji zabierali głos kol. Schramm, Bącz, Ostrowski.

5) Kol. Ostrowski: a) przypadek **operowanego wola,** w którym, mimo wady serca, udało się uzyskać dobry wynik, b) przypadek wycięcia żołądka u osoby, która w celu samobójstwa wypiła znaczną ilość HCl.

6) Kol. Hilarowicz przedstawia: a) **preparat wyciętego żołądka** (op. Prof. Schramm), **o cechach raka, powstałego na tle** poprzednio istniejącego **wrzodu trawiennego,** z których, jako główne, wymienia gwiazdowate ściągnięcie błony śluzowej, obecność bliznowatej tkanki w otoczeniu owrzodzenia i bujanie nowotworowe w ograniczonem miejscu tegoż. Przytaczając dane statystyczne co do częstości bujania rakowatego we wrzodach żołądka, wśród których można zauważyć wielkie sprzeczności — stara się je wyjaśnić różnorodnością materjału, używanego do badań, i różnicami wskazań operacyjnych u różnych autorów. Dość często w każdym razie widywane bujanie rakowate wrzodu żołądka w klinice lwowskiej przemawia za radykalnem usuwaniem tegoż w każdym przypadku, o ile to nie przedstawia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla chorego; b) **preparat esicy olbrzymiej** pochodzenia wrodzonego, uzyskany operacyjnie przez wycięcie dwuczasowe u mężczyzny 27-letniego Za wrodzonem pochodzeniem sprawy przemawia znaczniejszy przerost części leżących poniżej ewentualnej przeszkody wentylowej a zupełny brak rozdęcia pozostałych części okrężnicy. Omówienie pochodzenia i sposobów leczenia operacyjnego.

7) Kol. Leńko pokazuje w wzierniku pęcherzowym, w celu pewnego rodzaju propagandy, obraz **wyleczenia zapomocą naiskrzania** (*fulguratio*), u mężczyzny 36-letniego, przypadku **opadnięcia błony śluzowej prawego moczowodu i brodawczaka wielkości** orzecha laskowego, powstałych po urodzeniu 2 kamyków moczowodowych. Omawia szczegółowo wskazania do tego sposobu leczenia, które niejednokrotnie oszczędza choremu daleko cięższego zabiegu operacyjnego, a w przypadkach n. p. polipów około szyjki pęcherza, które łatwo uchodzą uwagi przy wziernikowaniu pęcherza a niekiedy całemi latami opierają się leczeniu środkami żrącemi, po jednem posiedzeniu naiskrzania (*étincelage, électrocoagulation*) znikają zupełnie.

T. Falkiewicz, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 1. listopada 1924 r.
(W sali Rady Miejskiej).

Obecni przedstawiciele Uniwersytetów, Towarzystw naukowych lekarskich i społecznych, wielu lekarzy z Województwa łódzkiego i prawie wszyscy lekarze łódzcy. Przy stole prezydjalnym Zarząd Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w pełnym składzie. Komitet jubileuszowy w osobach prof. Venuleta pułkownika dr. J. Manteuffla, Drów S. Skalskiego i J

Marzyńskiego, członkowie honorowi Towarzystwa z prof. A. Gluzińskim na czele. Po otwarciu posiedzenia przez wiceprezesa Towarzystwa pułk. Manteuffla, i przywitaniu Jubilata i gości przez prof. Venuleta — został wręczony Jubilatowi Numer Polskiej Gazety Lekarskiej, poświęcony Jubilatowi. Na numer składają się prace profesorów S. Ciechanowskiego (inwokacja i życiorys), O. Bujwida, K. Jonschera, J. Mazurkiewicza, A. Mikulskiego, F. Venuleta, doc. T. Janiszewskiego i 20 prac lekarzy łódzkich. Jubilatowi składają życzenia i wyrazy uznania i czci prof. A. Gluziński w imieniu Uniwersytetu Warszawskiego i Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, prof. Michałowicz w imieniu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, doc. Sabatowski w imieniu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego i Redakcji »Polskiej Gazety Lekarskiej«, Dr. Skalski odczytuje życzenia od Dra Mroczyńskiego w imieniu Generalnej Służby Zdrowia i od Pana Wojewody Łódzkiego Dra Garapicha, dr. E. Kon w imieniu Towarz. Lek. Częstochowskiego, dr. Dłuski w imieniu Towarz. Medycyny Społecznej i Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, dr. Koszutski w imieniu Towarz. Lekar. Kaliskiego, dr. Jabłonowski w imieniu Towarzystwa Wileńskiego, Dr. Stypułkowski w imieniu Warszawskiego Towarz. Przeciwgruźliczego. Jubilat otrzymał tytuł członka honorowego Towarzystw Lekarskich Wileńskiego, Lwowskiego, Częstochowskiego, Tow. Medycyny Społecznej. Jubilat jest już członkiem honorowym wielu Towarzystw Lekarskich, pozatem otrzymał On życzenia od Wydziałów Lekarskich wszystkich Uniwersytetów polskich (krakowskiego, lwowskiego, warszawskiego, wileńskiego i poznańskiego), adresy Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, Warszawskiego Towarzystwa Laryngologicznego, depesze od najwybitniejszych profesorów i lekarzy z całej Polski.

Następnie prof. F. Venulet, w zastępstwie chorego nieobecnego prof. K. Rzętkowskiego, wygłasza referat prof. Rzętkowskiego pod tyt. »O działalności naukowej Dra S. Sterlinga«, Dr. H. Trenkner i Dr. B. Mittelstaedt wygłaszają referaty »O działalności społeczno-lekarskiej Dra S. Sterlinga«, dr. A. Goldman »O działalności szpitalnej Dra S. Sterlinga«. Uroczyste posiedzenie Tow. lekarskiego zostało zakończone dłuższem przemówieniem jubilata, który składa hołd pamięci swoim profesorom gimnazjalnym i uniwersyteckim i lekarzom drowi Jonscherowi i Biegańskiemu — wszystkim, którym zawdzięcza, że życie Jego przedstawia pewną wartość, zasługującą na wyróżnienie.

Posiedzenie naukowe w dniu 5. listopada 1924.

1. Kol. Kalisz przedstawia chorego **po operacji ropnego zapalenia woreczka żółciowego**. Podkreśla wartość rozpoznawczą badania morfologicznego krwi metodą Schillinga, która pozwala na rozpoznanie cierpienia w przypadkach o przebiegu nietypowym. Przed rozpoczęciem operacji, natychmiast po zastrzyknięciu do kanału rdzeniowego 0,5 tropokainy — nastąpił bardzo ciężki zapad z ustaniem krążenia i oddechu. Chorego zdołano uratować zapomocą masażu serca (*per laparotomiam*), stosowania sztucznego oddechu i zastrzyknięcia aż 4,0 adrenaliny wprost do serca. Pomimo tak ciężkiego powikłania operację (*cholecystectomiam*) zakończono. Woreczek żółciowy był przeszpurowany na 2 części odnogą wątroby. W części górnej zawierał on płyn surowiczy, w dolnej gęstą ropę. Wyzdrowienie po 15 dniach.

2. Kol. Kryński przedstawia przypadek **raka, powstałego na tle toczniа** (*Lupus-carcinoma*). 28-letni chory cierpi na toczeń nosa i szyi od 12 lat. W roku 1913—14 był leczony energicznie promieniami Roentgena. W lipcu r. b. płaskie owrzodzenie na nosie zaczęło się pokrywać ziarniną, rozrastać się i w ciągu 2—3 tygodni zajęło cały nos. W sierpniu i wrześniu narośl zaczęła się rozpadać. Obecnie przednia część nosa i przegroda nosowa są zupełnie zniszczone. Brzegi pokryte są obfitą ziarniną i brudną cuchnącą masą rozpadową. Dotychczasowe naświetlanie promieniami Roentgena (3 posiedzenia w odstępach 4 tygodniowych, nie odniosło skutku.

3. Kol. Kryszek wygłosił odczyt p, t.: »**Cebula ostrawki pomorskiej w praktyce**«. (Będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusji kol. Sterling zapytuje, na jakich danych oparta jest teorja, że powierzchnia resorbcyjna mięśnia sercowego zawiera te lub inne ilości wapnia. Działanie wywiera nie wapień, lecz bodziec, na który działa wapień (*n. sympathicus*), komórka nie korzysta z otaczającego ją materjału w zależności od tej lub innej ilości soli, tylko bodziec wywołuje tę osmozę, to przesuwanie się jonów, bez podrażnienia nutrytywnego tej przemiany nie bywa. Kol. Tenenbaum uważa, że sole wapnia są zawarte w każdej roślinie. Kol. Frenkiel zauważa, że przesuwanie jonów zachodzi także przy braku zakończeń nerwów współczulnego i błędnego. Kol. Itelson dodaje, że dowodem małej zawartości soli wapnia w powierzchni resorbcyjnej mięśnia sercowego jest działanie na nie soli wapnia. Kol. Kryszek uważa, że wapień uczula mięsień sercowy na działanie naparstnicy; wzmacnia fazę skurczową, nie zgadzałoby się to z teorją, że wzmacnia on fazę rozkurczową.

4. Kol. A. Uryson wygłosił odczyt: »**Refraktometrja z pokazem przyrządu**«. (Będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusji nad pokazami chorych kol. Sterling zapytuje kol. Kalisza, czy podczas masażu serca trwało krwawienie z rany, czy stosowano lobelinę, czy wykonano u tego chorego odczyn Biernackiego.

Posiedzenie kliniczne w dniu 19. listopada 1924 r.

1. Kol. Sonenberg przedstawia 39-letnią kobietę, dotkniętą **chorobą Recklinghausen'a**. W przypadku demonstrowanym jest mocno zaznaczona jedna z cech charakterystycznych tego cierpienia, a mianowicie upośledzenie fizyczne. Przejawia się ono tu w postaci potwornie dużej jednej kończyny dolnej. Kończyna jest bardzo powiększona o postaci zatartej. Powiększeniem kończyny nie jest ta sprawa zakończoną, powiększa się ona bezustannie, zwłaszcza pod wpływem powtarzających się stanów zapalnych. Ze względu na to, że przy omawianem cierpieniu spostrzegano niekiedy zmiany w przysadce mózgowej, chorą prześwietlano. Prześwietlenie jednakże zmian, o których mowa, nie stwierdziło. kol. Sonenberg przedstawiał również fotograficznie dwóch innych chorych, dotkniętych chorobą Recklinghausena.

2. Kol. Perls przedstawia przypadek **postrzału z leżącego na podłodze rewolweru** systemu Browninga z odwiedzionym kurkiem. Wlot kuli na przedniej powierzchni uda lewego w środkowej części, wylotu niema. Kula wymacuje się pod skórą klatki piersiowej na linji pachowej w okolicy 12-go lewego żebra, w którem to miejscu chory od chwili postrzelenia (przed 24 godzinami) doznaje lekkich bólów. W całym przebiegu około 44 cm. niema żadnych wylewów krwawych podskórnych, siniaków i obrzmienia. Mięśnie kości i tkanki głębsze nie wykazują żadnych obrzmień.

3. Kol. Rozenberg wygłosił odczyt pod tytułem: »**Kapilaroskopja z pokazem przyrządu**«. (Będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusji nad odczytem kol. Rozenberga, kol Sterling mówi, że skręty naczyń okazanych są analogiczne do wężykowatości naczyń obwodowych; przedstawiają objaw kompensacyjny. Przy wątpliwym wyniku objawu opaskowego kapilaroskopja często wyjaśnia wątpliwości. Pierwszy aparat pozwalał badać tylko łękotek palca. Po naświetlaniu lampą kwarcową staje się widoczną większa ilość kapilarów. Kapilaroskopja może okazać usługi przy badaniu cierpień nerwowych i przy badaniu wszelkiego rodzaju wysypek.

Posiedzenie kliniczne w dniu 3. grudnia 1924.

1. Kol. Kummant przedstawia chorego, operowanego z powodu **zakażenia otrzewny, powstałego wskutek pęknięcia woreczka żółciowego**. Chory H. S. lat 28, dostał nagle w czerwcu r. b. napadu kamieni żółciowych z wysoką ciepłotą, dochodzącą do 40. Chorował przez 6 tygodni, poczem zaczął wychodzić, nagle 30. VII. r. b., poczuł straszny ból w podżebrzu prawem i stracił przytomność. Wezwany do chorego kolega ujrzał następujący obraz: *facies hypocratica*, tętno nikłe, niedające się liczyć. Brzuch jest wzdęty, twardy, wiatry nie odchodzą. Stłumienie poniżej łuku żebrowego praw. sięga aż do kolca biodrowego. Kończyny zimne, język suchy. Rozpoznano: pęknięcie woreczka żółciowego i zap. otrzewny. 31. VII. 24. Operacja w znieczuleniu lędźwiowem. Zaraz po zastrzyknięciu 0,09 tropokainy do kanału rdzeniowego, po upływie 3 minut, głośne odejście wiatrów i stolec na stole operacyjnym, opadnięcie wzdętego brzucha i ułatwienie operacji. Po zabiegu zastrzyknięcie dożylne 1 litra roztworu soli fizjolog.+5 cm hypophyzyny już na stole operacyjnym tętno się bardzo poprawiło, 120, dobrze napięte. Po tygodniu objawy otrzewnowe przechodzą. W dalszym przebiegu leczenia sprawa komplikuje się ropniem podprzeponowym po stronie prawej. Ponowna operacja: *laparotomia transpleuralis*, wycięcie 8 i 9 żebra. Opróżnienie ropnia, znajdującego się pomiędzy wątrobą i przeponą. Wyleczenie.

2. Kol. Kalisz przedstawia chorego po **wycięciu żołądka** sposobem Polya-Reichel z powodu wrzodu krzywizny małej żołądka. Rozpoznanie z powodu przebytej kiły i wybitnie dodatniego odczynu Wassermann'a wahało się między wrzodem żołądka i kryzami tabetycznemi. Na podstawie spostrzeżeń własnych kol. Kalisz zaleca, zamiast długotrwałej i niepewnej drogi leczenia *ex juvantibus*, dokonać próbnej laparotomji, która daje możność szybkiego i pewnego rozpoznania, a w razie istnienia wrzodu żołądka, radykalnego usunięcia ogniska chorobowego.

3. Kol. Kryszek przedstawia chorego szpitalnego L. H. lat 27, z **endocarditis lenta**, który przybył do szpitala z rozpoznaniem kamicy nerkowej wobec bólów napadowych w podżebrzu prawem i krwinek w moczu. Obserwacja chorego wykazała: aortalną konfigurację serca, szmer skurczowy i rozkurczowy nad ujściem tętnicy głównej, jako wyraz niedomykalności zastawek tętnicy głównej; Pp $-\frac{150}{40}$ kg, tętno kapilarne, powiększenie śledziony po przebytym zawale, 8% monocytów we krwi, krwinki w moczu, jako wyraz ogniskowego krwotocznego zapalenia nerek, stan podgorączkowy. Wobec tego ustalono rozpoznanie *endocarditis lenta*. Przypadek odznacza się pozatem przedskurczowym szmerem nad koniuszkiem. Wobec braku przerostu lewego przedsionka, wzgl. prawej komory serca (kontrola Roentgenem), wobec braku wzmożonego tonu

nad tętnicą płucną — nasuwa się przypuszczenie, że ma się do czynienia z szmerem Flinta.

4. Kol. Bemer pokazuje chorego K lat 25. W roku 1920 chory otrzymał postrzał klatki piersiowej z przepukliną przeponową. Wstrzał w okolicy lewego obojczyka, wystrzał w lewej okolicy lędźwiowej. Skargi chorego: bóle w podżebrzu. Klinicznie: duże resztki w żołądku naczczo. Roentgen: żołądek położony w obrębie klatki piersiowej, przepona ustawiona na wysokości 3-go międzyżebrza (*relaxatio diaphragmatica sinistra*) Wobec olbrzymich rozmiarów zachodzi podejrzenie przepukliny przeponowej.

5. Kol. Kunig przedstawia szeregowca, dotkniętego kilkoma ogniskowemi cierpieniami układu kostnego niewiadomego pochodzenia. Zniekształcenie obydwu stawów biodrowych znacznego stopnia. Ogniska rozrzedzenia w obydwu guzkach większych kości ramieniowych (Roentgen), zniekształcenie mie dnicy, lumbalizacja I. S. z objawami ucisku na ogon koński.

6. Kol. A. Goldman wygłosił odczyt pod tytułem: „Choroba Köhlera".

W dyskusji nad odczytem kol. Goldmana, kol. Kunig wzmiankuje, iż omawiane cierpienie już było opisane w Ameryce w r. 1913 przez Friedberga z Cincinati; łączy chorobę Köhlera z cierpieniami pokrewnemi (*osteochondritis coxae juvenilis Calvé-Perthes, osteochondritis cubiti, apophysitis calcanei, apophysitis metatarsi* V. i t. d.); wiąże je ze skrzywieniami kręgosłupa, które również powstaje na tle cierpienia apofyz kręgowych, przeprowadza analogję ze zniekształcającem zapaleniem stawów, opierając się przedewszystkiem na pracach młodych ortopedystów duńskich, podkreśla znaczenie momentów statyczno-mechanicznych w powstawaniu tych schorzeń, wreszcie omawia cały zespół bólu śródstopia — metatarsalgji, uważając wy odrębnione zeń jednostki chorobowe, jak choroba Mortona, choroba Deutschländera, t. zw. »*Fussgeschwulst*« u rekrutów, wreszcie cierpienie Köhlera — nie za odrębności nosologiczne, lecz jedynie za postacie kliniczne, dające się powiązać w jedną całość. Następuje pokaz 10 przypadków choroby Köhlera chorzy i rentgenogramy) oraz rentgenogramy przypadków cierpień Calvé-Perthesa, Mortona, Deutschländera.

7. Kol. Szajerowicz wygłosił część pierwszą odczytu »Zagadnienie bezpłodności w świetle najnowszych poglądów«. (Odczyt będzie drukowany w »Ginekologji Polskiej«).

A. Tenenbaum.

Kalendarz Zjazdów.

I. Kongres internistów i chirurgów państw, przemawiających językiem francuskim, odbędzie się w czerwcu 1926 r Tematy programowe: 1) zapalenie błon surowiczych narządów okolicy wątrobowej, 2) leczenie ropni płuca i opłucnej, 3) leczenie choroby Basedow'a, 4) leczenie duszniey bolesnej (*angina pectoris*), 5) zapalenia przyokrężnicze oraz ich leczenie.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

Po dokonaniu wyborów przez Radę Izby w dniu 14 grudnia 1924 r. członków Zarządu i ich zastępców na rok 1925 i ukonstytuowaniu się Zarządu w dniu 30 grudnia 1924 r. skład jego stanowią: Naczelnik Izby dr. Przyborowski Adam. Zastępcy Naczelnika: dr. Jakowicki Władysław, dr. Osiński Eugenjusz. Pisarz Izby: dr. Sochacki Ignacy. Skarbnik: dr Kasperowiczowa Marja. Członkowie Zarządu: dr. Kwaśniewski Mikołaj, Lewin Gerszon, Mutermilch Stanisław, Zelisławski Jerzy. Zastępcy członków Zarządu: Burzyński Józef, Filipowicz Władysław, Kowalczewski Józef, Mossakowski Jan, Otfenberg Jan, Podkóliński Feliks, Śmiechowski Antoni, Wojnówna Zofja. Zamenhof Leon.

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Związku Lekarzy rządowych Okręgu Małopolski wschodniej.

W dniu 4. stycznia b. r. obradowało, jak już podaliśmy w krótkości w numerze poprzednim, we Lwowie Walne Zebranie Okręgu wschodniej Małopolski (Lwów, Stanisławów, Tarnopol) Związku Lekarzy rządowych P. P.

W zebraniu tem uczestniczyło 31 lekarzy urzędowych, mianowicie: 4 z Województwa Tarnopolskiego, 5 z Województwa Stanisławowskiego, 22 z Województwa Lwowskiego, 1 (jako gość) z Krakowa i 1 (jako gość) z Warszawy. Lekarzy powiatowych było obecnych 21.

Po odczycie Doc. Dr. Koskowskiego na temat »Zasady chemjo-terapji« poddano dyskusji wiele spraw zawodowych.

Ze spraw ogólnych, będących na porządku dziennym, wymienić należy następujące:

1. Dr. Mikołajski referował zakres kompetencji komisyj lekarskich I. i II. instancji w sprawach emerytalnych i wyjaśnił liczne wątpliwości, podnoszone w tym przedmiocie przez zebranych (umieszczone w Nrze 2. P. G. L.).

2. Dr. Mosler przedstawił obecny stan organizacji Pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych.

Po dłuższej dyskusji uchwalono wnieść za pośrednictwem Zarządu Związku przedstawienie do Ministerstwa, G. D. S. Z., że obecna organizacja Pomocy lekarskiej nie zadowala funkcjonarjuszów państwowych, znacznie obciąża Skarb Państwa, a całą administrację sanitarną państwową przeciąża lecznictwem funkcjonarjuszów państwowych z wielkim uszczerbkiem dla zadań sanitarnych, że przeto wskazanem jest organizację tę oddać w ręce organizacyj ekonomicznych funkcjonarjuszów państwowych przy udziale w kosztach Skarbu Państwa i przy zachowaniu dla administracji sanitarnej jedynie nadzoru nad lecznictwem ze stanowiska publicznej pieczy o zdrowie.

Gdyby taka reorganizacja w najbliższym czasie nie udała się przeprowadzić, jest pożądanem, aby G. D. S. Z. nawiązała porozumienie ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego w celu ustalenia należytych honorarjów lekarskich, przy czem trzeba— by na funkcjonarjuszów państwowych nałożyć 25% honorarjów, a 75 pokrywać ze Skarbu Państwa

Zjazd uznał za nagląco konieczne znaczne podwyższenie s awek obecnego cennika honorarjów, ustanowionego przez Ministerstwo.

3. Omówiono okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 112. z 27. listopada 1924 r. Nr. A. O. 3166 — w sprawie urzędowania lekarzy powiatowych i uznano, że do podpisu starosty powinny być zastrzeżone zarządzenia, względnie orzeczenia z dziedziny sanitarnej:

a) dotyczące ogółu ludności powiatu lub pewnych grup ludności lub pewnych miejscowości,

b) wnioski lekarza powiatowego, przedkładane władzom przełożonym, powinien widemować Starosta, któremu ma przysługiwać prawo zaznaczenia odmiennego stanowiska,

c) podpis, Starosty obok podpisu lekarza powiatowego, powinno się utrzymać nadal w tych sprawozdaniach i wykazach, w których jest on przepisany szczególnemi rozporządzeniami Ministerstwa (n. p. sprawozdania miesięczne lekarzy powiatowych, potwierdzenie obywatelstwa polskiego na kartach rejestracyjnych personalu sanitarnego i t. d.),

d) do aprobaty Starosty powinny być zastrzeżone sprawy sanitarno-karne, dalej zarządzenia co do zamykania zakładów przemysłowych (n. p. techniczno-dentystycznych), zamykanie szkół z powodu epidemji i te zarządzenia, które wymagają egzekutywy, leżącej w rękach Starosty. W przypadkach jednak z tego zakresu, w których natychmiastowe wydanie zarządzeń ze względu na dobro publiczne jest konieczne (zwłaszcza przy zwalczaniu epidemji) może lekarz powiatowy w zastępstwie Starosty wydać i dopilnować przeprowadzenia tych zarządzeń, poczem ma bez zwłoki donieść o nich Staroście celem ich aprobaty,

e) w razie sprzeciwienia się Starosty proponowanym przez lekarza powiatowego załatwieniom i zarządzeniom powinno przysługiwać lekarzowi powiatowemu prawo odwołania się do decyzji władz wyższych, gdyż w przeciwnym razie wszelka inicjatywa lekarza powiatowego mogłaby być uniemożliwioną,

f) jest wskazanem, aby stanowisko lekarza powiatowego wyraźnie określono, na wzór przepisów, obowiązujących w b. zaborze pruskim, jako współrzędne ze Starostą, a nie podwładne »(*beigeordnet, nicht unterstellt*)« w zakresie spraw sanitarno-fachowych i aby w wykonywaniu służby stanowczo wymagano porozumienia i harmonijnego współdziałania obu tych urzędników, a wszelkie zatargi między nimi jak najsurowiej karano.

4. Uchwalono termin Zjazdu Związku Lekarzy rządowych Państwa Polskiego, przypadającego w tym roku we Lwowie, zaproponować Oddziałom Związku na dzień 28. i 29. czerwca. Szczegółowy program Zjazdu opracuje Zarząd Oddziału wschodnio-małopolskiego, przyczem mają być uwzględnione najważniejsze bieżące zagadnienia z zakresu:

a) warunków bytu lekarzy urzędowych,
b) urzędowanie lekarzy urzędowych,
c) naukowe i społeczne zadania lekarzy urzędowych,
d) wykłady naukowe.

Ankieta w sprawie nowotworów złośliwych.

Generalna Dyrekcja Służby zdrowia przy współudziale Polskiego Komitetu do zwalczania raka zarządziła ankietę w sprawie nowotworów złośliwych, mającą na celu zorjentowanie się co do liczby przypadków nowotworów złośliwych w Rzeczypospolitej Polskiej, co do ich terytorjalnego rozmieszczenia i innych danych. Na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Spraw wewnętrznych »Generalna Dyrekcja Służby zdrowia« mają odnośne władze polityczno-administracyjne zwrócić się do lekarzy i instytucyj sanitarnych z kwestjonarjuszami, które zawierają szereg szczegółowych pytań, dotyczących chorego na nowotwór złośliwy. Kwestjonarjusze mają być odsyłane w zamkniętych kopertach do odnośnej władzy. Ankietą mają być objęci chorzy, zgłaszający się między 1 a 28 stycznia b. r.

Poniżej zamieszczamy okólnik, wystosowany przez Województwo lwowskie do Starostw i Magistratu król. stoł. miasta Lwowa.

Okólnik.

Do wszystkich Starostw Województwa lwowskiego, oraz do Magistratu król. stoł. miasta Lwowa.

Wskutek reskryptu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) z dnia 25 listopada 1924 r. Nr. Z. H. 4631, należy zarejestrować wszystkich chorych na raka i inne nowotwory złośliwe, zgłaszających się w czasie od dnia 1. stycznia do dnia 28 lutego 1925 r. do szpitali, lecznic, domów zdrowia, przychodni, przytułków oraz do lekarzy wolnopraktykujących.

W tym celu przesyła się stosowną ilość kwestjonarjuszy i poleca się rozesłać je lekarzom praktykującym i Zakładom leczniczym w ilości przypuszczalnie wystarczającej. Wypełnione kartki przeszle lekarz lub zakład, w którym chory pozos aje, w kopercie zapieczętowanej do lekarza urzędowego, najpóźniej do dnia 10 marca 1925 r. Starostwo zaś przedłoży zebrane kwestjonarjusze najpóźniej do do dnia 20 marca 1925 r. Województwu, dołączając krótkie sprawozdanie lekarza powiatowego, w którem podać należy, ile kart i ilu lekarzom i zakładom rozesłano, oraz, ilu lekarzy i ile zakładów na kwestjonarjusz odpowiedziało i nie odpowiedziało.

Zauważa się, że lekarze Kas chorych otrzymają kwestjonarjusze od Zarządów Kas chorych.

Mały zapas kwestjonarjuszów pozostaje w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia, i w razie zapotrzebowania, Starostwo będzie mogło zarządać nadesłania dalszych egzemplarzy kwestjonarjusza. Gdyby zapotrzebowanie było nadspodziewanie wielkie, Starostwo sporządzi odbitki kwestjonarjusza we własnym za rządzie. Zapas kwestjonarjuszy powinien być u lekarza powiatowego do dyspozycji. Lekarz powiatowy powinien użyć swego wpływu, aby kwestjonarjusze były wypełniane ile możności co do wszystkich chorych na nowotwory złośliwe i to dokładnie. Sprawa jest bardzo ważna i zasługuje na szczególnie gorliwe zajęcie się nią ogółu lekarzy.

Zauważa się, że zachowanie tajemnicy lekarskiej będzie zapewnione, ponieważ kwestjonarjusze będą dostarczane w kopercie zapieczętowanej, która dopiero przy opracowaniu u władzy centralnej będzie otwarta. Podanie nazwiska jest konieczne, aby uniknąć wielokrotnego liczenia jednego chorego.

Za Wojewodę: *Kuhn.*

Na potrzebę powyższej ankiety, a więc możliwie dokładnej statystyki, zwrócił uwagę także Zjazd grudniowy, urządzony w Warszawie w sprawie walki z rakiem (patrz Nr. 1. P. Gaz. lek.). Mamy nadzieję, że lekarze i odnośne instytucje sanitarne sumiennie wypełnią kwestjonarjusze, poczuwając się nietylko do obowiązku zadość uczynienia rozporządzeniu Władzy, ale przedewszystkiem w poczuciu potrzeby bliższego zapoznania się z szeregiem czynników, wśród ktorych nowotwory złośliwe szerzą się na ziemiach Polski. Poznanie tych czynników, to ważny krok naprzód w walce z nowotworami złośliwemi.

W sprawie uwag dr Lesława Węgrzynowskiego, dotyczących mego »Sprawozdania z przeciwgruźliczego Zjazdu i z tego powodu uwag kilka«, umieszczonego w Nr. 48 Polskiej Gazety lekarskiej.

Ponieważ P. Dr. Węgrzynowski w notatce swej pod tyt. »W sprawie uwag Dr. Kuczewskiego...« (Pol. Gaz. Lek. Nr. 51 r. 1924) przez dowolny dobór, dowolnie obcinanych powyższych zdań z mego artykułu o IV. Międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym, Pol. Gaz. Lek. Nr 48 r. 1924) zmienił zasadniczo sens nietylko mych poszczególnych twierdzeń, ale poniekąd samo założenie końcowych wywodów tegoż, jestem zmuszony tu ustalić: 1) że temat i tytuł mego artykułu opiewa całkiem inaczej, niż »Walka z gruźlicą w Polsce«, jak to P. Dr. Węgrzynowskiemu podobało się nazwać i 2) że ostateczny wniosek tegoż wysuwa niezbędną potrzebę zawiązania Ogólnopolskiego Stowarzyszenia przeciwgruźliczego. Jak żywotną jest ta myśl, najlepszym dowodem jest fakt, że równorzędnie z ogłoszeniem jej na łamach »Pol. Gazety Lek.« w omawianym artykule pojawił się komunikat w »Walce z gruźlicą« o zapoczątkowaniu realizowania jej przez miarodajne czynniki. Niema wątpliwości, że na zapowiedzianym na styczeń Zjeździe zostanie ona w czyn wcielona.

Co do działalności Lwowa na omawianym terenie, to zasługi jego, zwłaszcza co do sanatorjum na Hołosku i pierwszej w Polsce poradni, założonych nadługo przed wojną, bo w roku 1909 i 1908, dobrze mi są znane. Ale właśnie miałem między innemi Lwów na myśli, gdy, nawołując do zawiązania Polskiego Stowarzyszenia zwalczania gruźlicy, pisałem w swym artykule, że »nieskoordynowana, luzem idąca akcja gotowa utonąć w oceanie ogólnego indyfferentyzmu«. Że nie nazwałem po imieniu Lwowa, ani całego szeregu innych organizacyj, to oczywiście dlatego, że założeniem mojem było nie wyczerpujące omawianie walki z gruźlicą w Polsce, ale wysnucie pewnych co do niej—rozważań, jakie nasunął mi obraz międzynarodowego ruchu przeciwgruźliczego, obserwowany zblizka przeze mnie na Zjeździe Lozańskim. Niema powodu do urazy z czyjejkolwiekbądź strony, że wobec tamtych wzorów wypadł nasz ruch bardzo słabo.

Starajmy się wszyscy społem zbliżyć go do nich.

Na resztę zarzutów P. Dr. Węgrzynowskiego, ze względu na ich ton i charakter, niech mi wolno będzie nie odpowiadać

Dr. *Antoni Kuczewski.*

Zakopane, dnia 26 grudnia 1924 r.

Od Redakcji: Na powyższem Redakcja zamyka polemikę dalszą.

W sprawie eteru do narkozy.

Urząd Zdrowia Publicznego Komisarjatu Rządu na m. stoł. Warszawę rozesłał w dniu 26. XI. 1924 r. okólnik treści następującej:

Do P. P. Zarządzających aptekami, Hurtowniami skł. mat. apt. i Laboratorjami.

W ostatnio pobranych do badania próbkach »Aether pro narcosi«, wyrobu Sieleckich Zakładów Chemicznych w Warszawie, analiza, dokonana w Państwowym Instytucie Farmaceutycznym, wykazała obecność alkoholu winylowego, aldehydu i innych zanieczyszczeń.

Ponieważ stosowanie nieczystego eteru do narkozy połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem dla usypianych chorych, Urząd Zdrowia Publicznego Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę poleca Panu, posiadany zapas »Aether pro narcosi«, pochodzący z wyżej wymienionych zakładów, wycofać z obiegu i przesłać do ponownej rektyfikacji.

Nadmienia się, że preparat, wytrzymujący nawet przepisane próby bezpośrednio po wyjściu z fabryki, po kilku tygodniach, zwłaszcza w lecie, lub przechowywany w pomieszczeniach o wysokiej temperaturze, nawet, jeżeli flaszki były szczelnie zakorkowane, próby wytrzymywać nie będzie.

Wynika stąd konieczność najściślejszego przestrzegania przepisów dotyczących przechowywania eteru, jak również — częstego sprawdzania jego czystości.

Eter ma być przechowywany w ciemnych flaszkach, pojemności 150 cm^3, absolutnie czystych (opłukanych po wymyciu wodą destylowaną i dokładnie osuszonych).

Flaszki winny być wypełnione niemal całkowicie, zakorkowane szklanemi albo drewnianemi, w dobrym gatunku, korkami, owiniętemi papierem pergaminowym i opatrzone kapslami.

Flaszki przechowuje się w szafie, osłoniętej przed światłem, w chłodnej piwnicy.

Poleca się zaznaczać na flaszkach datę butelkowania, względnie badania preparatu na czystość.

Niedopuszczalne jest wlewanie »Aether pro narcosi« do flaszek, zawierających resztki dawnego preparatu.

Za Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.
Dr. *Eberhardt,* dyrektor.

Okólnik powyższy został również przesłany kierownikom wszystkich zakładów chirurgicznych i chirurgiczno-ginekologicznych w Warszawie. Preparat eteru, używany do narkozy, powinien odpowiadać następującym warunkom:

Ciężar właściwy — 0·720 w 15° C. Temperatura wrzenia 35° C. Odczyn pozostałości po odparowaniu 5 cm^3 obojętny. Pozostałość po odparowaniu 5 cm^3 niema obcego zapachu.

Z 10% rozczynem jodku potasowego (KJ) w ciągu 3 godzin nie żółknie. Próbę z ługiem potasowym (KOH) wytrzymuje dłużej, aniżeli w ciagu 6 godzin, z odczynnikiem Nesslera daje zaledwie słabą opalizację.

W celu współdziałania w rozwoju przemysłu rodzinnego, zaznaczamy, iż w lecznicach warszawskich znajduje zastosowanie, całkowicie wypierając produkty obce, eter pro narcosi wyrobu Tow. »Akwawit« w Poznaniu oraz chloroform pro narcosi, wyrabiany w zakładach chemicznych »Grodzisk« pod Warszawą. Obydwa te preparaty, ze względu na swą jakość i pewność działania, zasługują na jaknajszersze rozpowszechnienie.

Od Redakcji.

Upraszamy Panów Autorów o czytelne, możliwie maszynowe rękopisy, o równoczesne dołączanie do rękopisu tytułu pracy również w języku francuskim. Nadto zwracamy uwagę, że Polska Gazeta Lekarska nie będzie umieszczać artykułów, ogłoszonych już w innem polskiem piśmie lekarskiem, jak również artykułów, które tylko tytułem lub stylem zmienionym różnią się od artykułów już gdzieindziej ogłoszonych.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. II. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 30 b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; — 2) Wykład: Prym. dr. W. Ziembicki: »Wspomnienie o ś. p. Edwardzie Sawickim, wraz z rzutem oka na najdawniejsze dzieje Szpitala powszechnego we Lwowie, na historję Oddziału Wewnętrznego III i na powstanie Zakładu kulparkowskiego«.

III. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 6 lutego o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; — 2) Wykład: Kol. Prof. dr. Nowicki: »O pierwotnych nowotworach serca«.

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz dor.

Ze świata.

Dwadzieścia tysięcy kg. chininy wyznaczył Wydział zdrowia przy Lidze Narodów w celu opanowania groźnej epidemji zimnicy w Rosji. Do Grecji wysłano już 12.000 kg chininy, gdyż szerzenie się zimnicy przybiera tam groźne rozmiary. (New Jork med. Journal).

Ścisłe liczby statystyczne strat Francji w ciągu wojny światowej, opracowane przez G. d. Aubert, podaje Nouvelle Revue«. Stwierdzonych zgonów zanotowano 1,325.000 z tego zginęło na polu chwały 674.000, zmarło z powodu ran 250.000 a z powodu schorzeń 175.000. Nieodszukanych zanotowano 225.000. Z liczby rannych $^1/_5$ doznała wielokrotnego zranienia. Od roku 1916 blizko 80% rannych wracało z powrotem na front, jako zupełnie wyleczonych.

W sprawie szerzenia wiadomości o sposobach zapobiegania zapłodnieniu. W Anglji sfery robotnicze zwróciły się do Ministerstwa zdrowia z podaniem o zezwolenie otwartego szerzenia wiadomości w sprawie stosowania sposobów zapobiegawczych przeciw zapłodnieniu. Podanie to zwraca uwagę, że rząd Labour Party nie powinien ukrywać tych wiadomości w sferach kobiet pracujących. Minister zdrowia oświadczy, że nic w tej sprawie zdziałać nie może.

Zestawienie ciekawe gaży oficerskiej lekarzy wojskowych armji angielskiej. Najmłodszy oficer marynarki pobiera 413 f. sterl. Oficerowie lądowi pobierają 578 f. żonaci a kawalerowie 513 f. W wojskach lotniczych żonaci otrzymują 573 funt. a kawalerowie 559 funt. Najwyższe gaże poszczególnych rodzajów broni wynoszą 2086, 1809, 2019 i 1561 funtów sterl. (The Lancet).

Wśród nowopowołanych senatorów włoskich znajdują się trzej lekarze: okulista Cirencione z Rzymu, chirurg prof. Giordano z Wenecji i prof. Simonetta z Perugji.

Krajowy Instytut gimnastyczny w Monachjum urządził wraz z Ministerstwem oświaty w r. ub. Kurs dokształcający dla lekarzy wychowania fizycznego, na którym wyłuszczono nowoczesne poglądy naukowe na całą tę sprawę ze specjalnem uwzględnieniem potrzeb szkoły średniej. Był to 1-szy kurs tego rodzaju w Bawarji. Udział w tym kursie brało przeszło 66 lekarzy. Zarząd tych kursów nosi się z zamiarem powołania do życia perjodycznych kursów tego rodzaju dla całych Niemiec.

Unormowanie prawa używania tytułu specjalisty. We Włoszech ukazała się ustawa rządowa, która reguluje prawo używania godności specjalisty. Według tej ustawy tytułu specjalisty wolno używać jedynie lekarzom, którzy wykażą się dostatecznemi wiadomościami i przebyciem pewnej ilości lat w praktyce szpitalnej. Przywłaszczenie sobie tytułu specjalisty i przekroczenie tej ustawy jest sądownie ścigane.

Niemieckie towarzystwo higjeny zawodowej urządziło w dniach 10-15 listopada r. ub. specjalny kurs higjeny zawodowej oraz nauki o nieszczęśliwych wypadkach z naciskiem na wypadki zatrucia zawodowego. Prócz tego omawiano obszerniej wypadki nieszczęśliwe z powodu elektryczności, dalej psychologię pracy i nowe poglądy na osobniczą przydatność poszczególnych jednostek do pracy.

Rząd pruski wyznaczył większą sumę do badań nad śpiączką nagminną w Prusiech. Zarząd sanitarny zarządził ankietę, skierowaną do wszystkich lekarzy celem uzyskania ścisłych danych co do szerzenia się tej choroby oraz jej przebiegu w poszczególnych połaciach kraju.

Międzynarodowy Zjazd, poświęcony sprawie walki z opium, odbył się niedawno w Genewie; w Zjeździe brali udział, prócz delegatów państw przynależnych do Ligi Narodów, przedstawiciele Ameryki, Turcji. Zjechało się przeszło 100 delegatów. Przewodniczącym wybrano posła duńskiego z Berlina p. Snahla, który w zagajeniu zaznaczył, że praca konwencji międzynarodowej z roku 1912 pozostawiła wiele do życzenia i może tylko służyć za podstawę do obrad obecnych. Walka przeciw ko morfinizmowi i kokainizmowi może mieć widoki powodzenia przy międzynarodowej współpracy wszystkich państw, gdyż pojedyncze rządy nie są w stanie walki podobnej prowadzić.

Nowe prawo szwedzkie o zwalczaniu chorób wenerycznych przewiduje, co następuje: 1) wszyscy chorzy weneryczni obowiązani są leczyć się u specjalisty i ściśle wykonywać jego zlecenia; 2) władze rządowe obowiązane są zabezpieczyć chorych fachową pomocą lekarską oraz dostarczać chorym lekarstw; 3) osoby uprawiające nierząd obowiązane są stawiać się do przeglądu lekarskiego, a w razie stwierdzenia choroby wenerycznej, muszą być odosobnione w specjalnych szpitalach; 4) wszyscy lekarze obowiązani są o wszystkich nowoprzyjętych przypadkach schorzeń wenerycznych donosić władzom, przy tem dozwolone jest zachowanie tajemnicy osobistej z warunkiem odszukania i wykrycia przez lekarza samego źródła zakażenia; 5) obowiązkowe szerzenie wiadomości higjenicznych w sprawie chorób wenerycznych; 6) zaniechanie reglamentacji prostytucji; 7) wyznacza się kary pieniężne oraz karę więzienia do lat 2-ch dla tych osób, które świadomie zakażają drugą osobę chorobą weneryczną, bez poprzedniego uprzedzenia co do stanu chorobowego.

Do urządzenia Uniwersytetu pływającego na statku »Princess Alice« przystąpili amerykanie. Statek ten ma w ciągu roku szkolnego objechać świat cały. Przewidziane są dłuższe postoje w Japonji, Chinach, Indjach, Grecji, Turcji, Włoszech, Tunisie, Hiszpanji, Niemczech, Francji, Anglji, Holandji i w państwach Skandynawskich. (Paris méd.).

Celem odrestaurowania Uniwersytetu w Tokio, który uległ zupełnemu zniszczeniu z powodu ostatniego trzęsienia ziemi, wyasygnował rząd japoński cztery miljony funtów szterlingów. Rząd przewiduje wykończenie nowej budowli jeszcze w roku bieżącym.

W sprawie dwóch przypadków śmierci, zaszłych przy sposobności badania Röntgenem w Maenthae (Finlandja) w październiku ub. r., zdawał sprawę jeden z członków na posiedzeniu Tow rentgenologicznego w Berlinie. Obie ofiary, lekarz i pomocnica, zginęli nie z powodu działania promieni Roentgena, lecz z działania prądu o wysokiem napięciu. Niewątpliwie stwierdzono, lekarz i pomocnica chwycili rury rentgenowe w czasie ich pełnej czynności. Z powodu tego powstało krótkie spięcie, w następstwie którego oboje zostali zabici prądem o wysokiem napięciu około 40.000 Volt (siła prądu 200—400 miliamperów). Przypadek ten jest ostrzeżeniem przed coraz częściej zachodzącemi przypadkami, że niektórzy lekarze zajmują się Roentgenem bez znajomości zasadniczych podstaw roentgenologji i aparatu. Ów lekarz z Maenthae wykonywał właśnie pierwsze zdjęcie Roentgenem w swem życiu!

Zmarli.

Dr. Franciszek Nowotny, profesor Uniw. Jagiel., dyrektor kliniki otjatrycznej w Krakowie, zmarł dnia 31. grudnia 1924 r. w 53 roku życia. Wspomnienie pośmiertne w następnym numerze.

L Pr. 76/I.

Konkurs.

W powiecie warszawskim wakuje posada pomocnika lekarza powiatowego w VIII stopniu służbowym z siedzibą urzędową w Starostwie w Warszawie.

Do posady powyższej przywiązane jest uposażenie obliczone według VIII grupy uposażenia urzędników państwowych w myśl ustawy z dnia 9. październ ka 1923 roku (Dz Ust. Rz Pol Nr. 116 z r. 1923 poz. 924.) wraz z przewidzianymi tą ustawą dodatkami.

Reflektujący na to stanowisko kandydaci winni złożyć podanie do dnia 15. lutego 1925 r. w Wydziale Prezydjalnym Urzędu Wojewódzkiego (ul. Bielańska 9.) dołączając do podania:

a) dokładny życiorys,
b) mętrykę urodzenia,
c) świadectwo z ukończonych studjów lekarskich,
d) świadectwo z odbytej praktyki lub ze służby poprzedniej,
e) dowód obywatelstwa polskiego,
f) świadectwo zdrowia, wydane przez lekarza państwowego.

Posada powyższa zostanie nadaną narazie prowizorycznie.

Warszawski Urząd Wojewódzki.